

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

APROXIMANDO-SE DE MOMENTOS DE URGÊNCIA /  
EMERGÊNCIA ATRAVÉS DA ASSISTÊNCIA DE  
ENFERMAGEM EM SERVIÇO DE ATENDIMENTO  
PRÉ-HOSPITALAR.

N.Cham. TCC UFSC ENF 0393  
Autor: Carvalho Junior, D  
Título: Aproximando-se de momentos de ur  
  
972523631 Ac. 241691  
Ex.1 UFSC BSCSM CCSM

Danton Carlos de Carvalho Junior

CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0393  
Ex.1

FLORIANÓPOLIS  
2002



Danton Carlos de Carvalho Junior

APROXIMANDO-SE DE MOMENTOS DE URGÊNCIA /  
EMERGÊNCIA ATRAVÉS DA ASSISTÊNCIA DE  
ENFERMAGEM EM SERVIÇO DE ATENDIMENTO  
PRÉ-HOSPITALAR.

*Trabalho de conclusão do Curso de Graduação em  
Enfermagem da Universidade Federal de Santa  
Catarina, apresentando o Relatório da Disciplina  
Enfermagem Assistencial Aplicada.*

Orientadora: Enf<sup>a</sup>. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marta L. do Prado

Co-orientador e Supervisor: Enf. Pedro P. Scremin

Banca: Enf<sup>a</sup>. Prof<sup>a</sup>. Ms<sup>a</sup>. Tânia Mara Xavier Scóz

FLORIANÓPOLIS  
2002

## AGRADECIMENTOS

A **Deus** que se faz presente em todos os dias da minha vida, sendo meu grande companheiro e amigo de todos momentos;

Aos meus **pais e irmãos** pelo amor, conselhos, educação e a certeza de serem meu porto seguro;

Minha **namorada Carol**, por sofrer e desfrutar dos momentos junto de mim, pelo carinho, confiança, e estímulos e principalmente pela compreensão das minhas loucuras, Te Amo!

Orientadora **Profa. Dra. Marta L. Prado** pela confiança, por ter me ensinado a voar sozinho, como águia

Co-orientador e Supervisor do **Enf. Pedro Paulo Scremim** por ter aceitado este desafio junto comigo, sendo amigo e compartilhado não só a assistência, mas as aulas, as viagens entre outros. Sempre marcando nossos encontros de orientação com frases que me faziam me esforçar cada vez mais, como: “Meu único desejo é a tua vitória”. Para ele deixo a seguinte frase que nos acompanharam durante a construção deste relatório:

Daí meu mentor metodológico, tais feliz hoje?

**Profa Tânia Mara Xavier Scóz** que mesmo tirando umas férias, dava a oportunidade das visitas dando seus instigantes conselhos, fazendo com que eu vencesse mais esta etapa da vida.

**Prof. Dr Pacheco e ao Marquinho** sempre dispostos a ajudar, com certeza foram imprescindíveis neste trabalho, abrindo portas para que eu pudesse me desenvolver cada vez mais.

Aos **bombeiros**, por me acolherem tão bem, e estarem comprometidos com um atendimento de qualidade as vítimas.

Aos **amigos da turma** principalmente esta turma, que me acolheu tão bem, mesmo quando longe lutaram pelos meus direitos, sem nem me conhecerem obrigado! Nunca esquecendo aqueles que se aproximaram mais como a **Iane, Patrícia, Vevi, Alex, Kely, Sheila, Juliana e Jefferson** pelo apoio, torcida e incentivo.

**Amigos do Clube de Desbravadores** que cresceram junto comigo e com certeza ajudaram a construir minha personalidade.

## **RESUMO**

Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, desenvolvido na área de atendimento pré-hospitalar (APH), no serviço prestado pelo Corpo de Bombeiros de Militar de Santa Catarina (CBMSC). Visto que é uma área em expansão para a inserção profissional, devido ao aumento das doenças cardiovasculares e causas externas, que ocupam a primeira e terceira posição, respectivamente na causa de mortalidade geral no Brasil. Procuramos apontar como estas vítimas se comportam no momento de urgência / emergência e o papel do enfermeiro junto delas, visando um cuidado inerente a enfermagem, através do referencial teórico de Wanda de Aguiar Horta, que preza por um cuidado integral do ser humano em conjunto com o método mnemônico ABCDE preconizado pelo programa de Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS).

Para tanto foi usado o método de entrevista semi-estruturada através do Instrumento de Assistência de Enfermagem, aplicado em seqüências de atendimentos reais, autorizado pelo CBMSC. Buscou-se também, levantar informações objetivas e de relevância a respeito do APH, como: surgimento, normatização, estrutura organizacional do APH, função da enfermagem e aspectos éticos legais. Durante esta vivência procuramos fazer uma relação entre os diferentes modelos de APH que funcionam no Brasil através de visitas orientadas. Foram desenvolvidas seis aulas sobre APH, sendo que cinco foram para os alunos do Curso de Graduação em Enfermagem e uma para a Diretoria do Clube de Desbravadores Eldorado.

Conclui-se que o Enfermeiro é um profissional chave para o bom prognóstico da vítima, diminuindo assim as iatrogênias não só biológicas mas também as psicológicas, sendo um profissional capaz e habilitado a prestar um APH eficiente com manobras e procedimentos técnicos cabíveis à ele, tendo ainda como grande responsabilidade a educação / treinamento constante da equipe. Salientamos que o

campo de estágio em APH ainda necessita de uma atenção maior por parte das unidades responsáveis pela formação acadêmica dos futuros Enfermeiros.



*Enfermeiros e enfermeiras! “Nós  
fomos criados à imagem e  
semelhança de Deus! Mas houve  
pessoas que nos fizeram pensar  
como galinhas. E muitos de nós  
ainda acham que somos  
efetivamente galinhas. Mas nós  
somos águias. Por isso,  
companheiros e companheiras,  
abramos as asas e voemos.  
Voemos como as águias. Jamais  
nos contentemos com os grãos que  
nos jogarem aos pés para ciscar.”*

**(Leonardo Boff)**

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| I - INTRODUÇÃO .....   | 3  |
| II - CONTEXTUALIZAÇÃO .....  | 6  |
| III - REVISÃO LITERATURA .....   | 9  |
| 3.1 - Atendimento pré-hospitalar .....   | 9  |
| 3.2 - Modelos de atendimento pré-hospitalar .....  | 10 |
| 3.3 - O surgimento do atendimento pré-hospitalar no mundo .....  | 12 |
| 3.4 - As duas grandes escolas de atendimento pré-hospitalar .....  | 14 |
| 3.5 - O atendimento pré-hospitalar no Brasil .....   | 16 |
| 3.6 - O Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas (PEET) .....  | 21 |
| 3.7 - Proposição do Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas .....   | 22 |
| 3.8 - Normatização do atendimento pré-hospitalar pelo Ministério da Saúde .....  | 24 |
| 3.9 - Enfermagem na situação de urgência / emergência .....  | 26 |
| 3.10 - A enfermagem e o atendimento pré-hospitalar .....   | 27 |
| 3.11 - A ética no atendimento pré-hospitalar .....   | 33 |
| IV - MARCO CONCEITUAL .....  | 35 |
| 4.1 - Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta .....   | 35 |
| 4.2 - Conceito .....   | 35 |
| V - METODOLOGIA .....  | 39 |
| VI - RELATÓRIO DE EXPERIÊNCIA .....  | 44 |
| 6.1 – Planejar, executar e avaliar a assistência de enfermagem em nível de urgência / emergência ao cliente no ambiente pré-hospitalar .....       | 44 |
| 6.2 – Conhecer o comportamento do cliente no momento de urgência / emergência no período da assistência pré-hospitalar .....                       | 60 |
| 6.3 - Verificar se o atendimento de enfermagem prestado ao cliente no momento de urgência / emergência contempla os aspectos biopsicosociais. .... | 63 |
| 6.4 - O atendimento de enfermagem prestado ao cliente após o momento de urgência / emergência, para o retorno a sociedade .....                    | 64 |

|  |     |
|--|-----|
| 6.5 - Organização do serviço de atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina. .... | 66  |
| 6.6 – Atividade de ensino .....  | 75  |
| 6.7 - Ampliando conhecimento e desenvolvendo habilidades.....  | 78  |
| VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....   | 94  |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....  | 97  |
| APÊNDICES.....   | 102 |
| ANEXOS .....   | 137 |

## I - INTRODUÇÃO

*“Muito longe, lá perto do sol, estão minhas  
mais altas inspirações, talvez eu não seja  
capaz de atingi-las, mas posso admirar  
sua beleza.”*

*(Autor desconhecido)*

Este trabalho procurou refletir a construção de uma prática assistencial no atendimento pré-hospitalar, levando em conta a vivência direta com as vítimas e profissionais deste serviço no momento de urgência / emergência, e teve junto, o desenvolvimento de um estudo na modalidade convergente-assistencial e educação sobre o tema abordado, como base da conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem dentro da Disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada.

O tema escolhido “APROXIMANDO-SE DE MOMENTOS DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA ATRAVÉS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR”, foi desenvolvido dentro do Auto Socorro de Urgência do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina. A escolha deste assunto se deu devido a necessidade de aperfeiçoamento técnico científico da temática, visto que durante a graduação é visto de forma muito reduzida e rápida principalmente quando se refere ao atendimento pré-hospitalar.

Durante toda a graduação tive um maior contato com esta forma de atendimento a vítima, participando de cursos e na formação de profissionais que trabalham nesta área, despertando sempre o interesse e curiosidade de saber mais sobre o assunto e ter a oportunidade de vivenciar este momento junto não só da vítima mas também do profissional que presta esta assistência que requer eficiência, dinâmica e agilidade, num momento onde todas as pessoas envolvidas na cena estão sob fortes influências dos estressores.



O trauma, conhecido como a “A Doença dos Séculos” (FREIRE, 2001) está vitimando grande parte da população brasileira, principalmente a população economicamente ativa. “Em Santa Catarina, em média ocorreram 3,9 e 2,6 mortes por dia no trânsito, em 1997 e em 1998, respectivamente” (SCHLEMPER, 2000, p.47). Devemos como profissionais e estudantes da enfermagem nos dedicarmos mais ao estudo da qualidade da assistência que estamos prestando a estas vítimas bem como conhecer o que está sendo feito de prevenção e reabilitação nesta área.

O objetivo geral do estudo foi planejar, executar e avaliar a assistência de enfermagem em nível de urgência/emergência ao cliente em suas necessidades humanas básicas fundamentado em Horta e no método mnemônico do “ABCDE da vida”, preconizado pelo programa Norte Americano de Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS), adaptando um instrumento para assistência de enfermagem no ambiente pré-hospitalar.

Através da modalidade convergente-assistencial procurou-se conhecer o comportamento do cliente no momento de urgência / emergência, verificando se o atendimento de enfermagem prestado ao cliente no momento da urgência / emergência contempla os aspectos biopsicosociais bem como identificar o atendimento de enfermagem prestado ao cliente após o momento de urgência / emergência.

Durante o estudo tivemos a oportunidade de realizar algumas Atividades de Ensino junto a alunos de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, na disciplina de Enfermagem em Primeiros Socorros, e também junto aos membros da Diretoria do Clube de Desbravadores Eldorado (da Igreja Adventista do Sétimo Dia), sendo ministrado a Especialidade de Reanimação Cárdio-Respiratória (RCR).

Foi realizada uma visita no Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e ao Hospital de Pronto Socorro (HPS) da cidade de Porto Alegre – RS, onde aproveitamos, eu e meu supervisor, o Enfermeiro Pedro Paulo, para participar da V Jornada de Enfermagem do HPS. Também visitei o SAMU – SC que esta sendo implantado pelo Governo do Estado de Santa Catarina e participei da VI Semana de Enfermagem SAMU – SP, onde tive a oportunidade de realizar uma correlação entre os diferentes serviços dessa natureza no Brasil.



Com este estudo tive a oportunidade de conhecer e refletir mais sobre a forma de assistência de enfermagem que está sendo prestada no atendimento pré-hospitalar, sua organização e os tipos diferentes de atendimento pré-hospitalar no Brasil e também o comportamento dos clientes de urgência / emergência.

## II - CONTEXTUALIZAÇÃO

*“Não existe atividade humana isenta de  
riscos de acidente.”  
(Carlos Eid)*

Foi realizado no ambiente pré-hospitalar, tendo como orientadora a Enfermeira Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marta Lenise do Prado e supervisão e co-orientação do Enfermeiro Pedro Paulo Scremin Martins. O campo de estágio foi no serviço de atendimento pré-hospitalar do 1º Batalhão do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, mais precisamente no Auto Socorro de Urgência 67 (ASU) do Bairro Estreito.

De acordo com Campos (1999, p.57),

a profissão Bombeiro surge com a revolução industrial, que trouxe consigo o desenvolvimento tecnológico, e conseqüentemente a ampliação do risco de incêndios e acidentes. Apesar de ter se originado exclusivamente na área de combate e extinção de incêndios, foi ao longo do tempo, assumindo a função de salvamentos (aquático, aéreo e terrestre), prestação de socorro de urgência e mais recentemente a prevenção de acidentes.

Atualmente atua no âmbito Estadual, desempenhando basicamente as seguintes atividades consideradas de segurança pública:

- Combate a incêndios;
- Prevenção contra incêndios: serviços de atividades técnicas ou análise de projetos e vistoria nos sistemas de segurança contra incêndios de edificações;
- Salvamento aquático;
- Busca aquática e subaquática;
- Busca terrestre;

- Resgate veicular e em situações diversas;
- Atendimento pré-hospitalar;
- Atividades educativas;
- Atividades de defesa civil em desastres e situações de calamidade pública.

A primeira iniciativa de se implantar um serviço público de atendimento pré-hospitalar em Santa Catarina ocorreu em Blumenau, em 1983, com o envolvimento de diferentes instituições, como a Cruz Vermelha local, 2º Sub Grupamento de Incêndio e do Hospital Santa Isabel. “No entanto, foi apenas em 1987 que tal serviço foi efetivamente implantado pelo Corpo de Bombeiros de Blumenau, face a doação de um veículo ambulância marca Chevrolet, modelo Caravan, denominado na época de ‘Auto-Emergência’, pela Associação Comercial e Industrial daquela cidade” (SCHLEMPER, 2000, p. 63, grifo do autor).

A partir daí outras cidades do estado como Itajaí e Rio do Sul também receberam viaturas equipadas com macas, material de oxigenioterapia e demais materiais destinados à prestação de primeiros socorros.

Em 1990 foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas (PEET) / Projeto de Atendimento Pré-hospitalar (PAPH) (BRASIL, 1990). E em 1991 formou-se em Santa Catarina a primeira turma do Curso de Formação de Agentes de Socorros de Urgência onde participaram 21 bombeiros militares da capital, sendo implementado o serviço em Florianópolis.

As viaturas que são chamadas de “Auto Socorro de Urgência” (ASU) estão equipadas (ANEXO 15) para atendimento ao nível de Suporte Básico de Vida (SBV).

O serviço é acionado através do solicitante que liga, via telefone, para o número 190 ou 193 que são o Centro de Operações da Polícia Militar (COPOM) e Bombeiro (COBOM) respectivamente. E este é atendido pelos telefonistas que registram as informações no computador e repassadas pelo despachante que via rádio – através de uma frequência ou canal exclusivo para o serviço do CBMSC –, aciona o ASU disponível mais próximo. O despachante tem o controle da disponibilidade e localização das ambulâncias. A comunicação é sistematizada e

utiliza-se o alfabeto fonético internacional, o código “Q” (também internacional) e o código “J” adaptado para uso exclusivo na PM e BM (ANEXO 16).

No Estreito fica uma viatura e nesta trabalha uma guarnição composta por um motorista-socorrista e dois socorristas. Atuam em plantões de 24 horas com 48 de folga, durante sete dias da semana, prestando socorro às vítimas que necessitem de um atendimento especializado como por exemplo: em casos de acidentes de trânsito, atropelamentos, ferimentos por arma de fogo, casos clínicos como: Infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, deficiências respiratórias, convulsão, epilepsia, entre outros. A guarnição é proibida – através de diretriz do comando geral da PM –, (ANEXO 21) de prestar qualquer atendimento que não seja urgência / emergência, como transportar paciente de um hospital para outro ou do hospital para casa. “O local para atendimento das emergências é a via pública ou o domicílio” (SCHLEMPER, 2000, p. 65).

O serviço não conta com nenhum profissional enfermeiro na equipe de socorro móvel ou na coordenação do serviço (SCHLEMPER, 2000, p. 65), sendo que conta com um médico responsável técnico.

A viatura dispõe para funcionamento de recursos da Polícia Militar de Santa Catarina e do Sistema Único de Saúde (SUS) e está integrada ao comando do Corpo de Bombeiros de Santa Catarina.

A organização do serviço de atendimento pré-hospitalar do CBMSC será apresentada quando na descrição do objetivo 6.4 à página 66 desse relatório.



### III - REVISÃO LITERATURA

*“Acidentes não são acidentais.”*

*(OMS, 1965)*

#### 3.1 - ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Podemos definir Atendimento Pré-Hospitalar (APH) como sendo, as “medidas iniciais e imediatas aplicadas a uma vítima fora do ambiente hospitalar, executadas por profissionais treinados para realizar a manutenção dos sinais vitais da vítima e evitar o agravamento das lesões já existentes, provocadas pelo trauma inicial ou deficiência do organismo até que possa receber melhor tratamento, no ambiente hospitalar” (OLIVEIRA, 1996, p. 10).

O próprio símbolo da emergência pré-hospitalar “A Estrela Azul da Vida<sup>1</sup>”, com suas 6 pontas representam a função do atendimento pré-hospitalar, com os seus significados:



- Detectar a emergência
- Reportar a emergência
- Enviar equipe e equipamento
- Cuidados no local
- Cuidados com o trânsito no deslocamento
- Transferência para tratamento definitivo

Dados estatísticos revelam que a sobrevivência de um acidentado de trânsito aumenta entre 60 e 80%, desde que ele receba o primeiro atendimento em até uma

---

<sup>1</sup> A serpente e o bastão fazem referência ao caduceu de Esculápio, símbolo da Medicina. O símbolo foi desenhado por Leo R. Schwartz, nos EUA e registrado em 1977 em nome da *National Highway Traffic Safety Administration*. Esse novo símbolo foi criado para substituir o antigo emblema da emergência, que era uma cruz laranja sobre o fundo branco, o qual se confundia com símbolo da Cruz Vermelha.



hora do acidente “Gold Hour”. “Dados norte americanos mostram que nos acidentes de trânsito, 50% dos óbitos ocorridos são instantâneos (por laceração do cérebro, do tronco cerebral, da aorta, entre outros), 25% ocorrem após várias horas ou dias de entrada no hospital (por sepse, e insuficiência de múltiplos órgãos) e 25% tem, em princípio, até uma hora para chegada do atendimento (por hematoma subdural e epidural, hemopneumotórax, laceração do fígado, entre outros)” (ATLS, 1996). É em relação a este contingente de 50% de acidentados que se torna imprescindível a implantação de um sistema ágil e qualificado o suficiente para que, em qualquer ponto do território catarinense, o socorro às vítimas chegue o mais rápido possível.

Sendo assim, o APH têm como finalidade reduzir a morbi-mortalidade decorrentes das urgências / emergências por causas externas por meio da prestação de um atendimento inicial adequado em situações de emergência médica.

Tendo como objetivos principais:

- Manter a vítima viva pela implementação do ABCD da vida;
- Evitar que as lesões ou problemas clínicos da vítima se agravem, comprometendo a manutenção da e aumentando a possibilidade de seqüelas;
- Promover o transporte rápido e adequado da vítima para a unidade hospitalar de referência.

### **3.2 - MODELOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

O atendimento pré-hospitalar divide-se em duas formas de atendimento derivadas do nível de complexidade da urgência / emergência. Deste modo, os sistemas permitem desde o atendimento mais simples através do Suporte Básico da Vida até o atendimento mais complexo através do Suporte Avançado da Vida, onde neste último, é imprescindível recorrer ao mais elevado grau tecnológico, inclusive em se tratando de conhecimento técnico-científico, a saber:

Por *Suporte Básico da Vida*, entendo ser as medidas que consistem “no reconhecimento e na correção imediata da falência dos sistemas respiratórios e/ou cardiovascular, ou seja, avaliar e manter a vítima respirando, com pulso e sem hemorragias” (OLIVEIRA, 1996, p. 10). Em outras palavras, estabilizar os sinais

vitais da vítima para que ela possa ser conduzida (por profissionais habilitados), até o pronto socorro ou unidade hospitalar mais próxima, ou se a situação da vítima permitir, até o pronto socorro ou unidade hospitalar referência.

Por *Suporte Avançado da Vida*, entendemos o conjunto de procedimentos intensivos e invasivos, através de equipamentos especiais, realizados por profissionais habilitados, visando estabilizar e restabelecer os sinais vitais da vítima, no próprio local da cena, ou dentro da UTI (Unidade de Terapia Intensiva) móvel e durante o deslocamento para o hospital ou pronto socorro referência ao tipo de trauma sofrido, pré-diagnosticado pela equipe. São procedimentos realizados pelo Suporte Avançado da Vida: intubação endotraqueal, terapia intravenosa (administração de medicamentos de emergência, reposição de volume e eletrólitos), ventilação mecânica controlada, drenagem torácica, sondagem vesical, gastrointestinal, entre outros; alguns procedimentos (às vezes servindo de meios diagnósticos), mesmo não sendo invasivos podem ser considerados de suporte avançado pois requerem consideráveis níveis de conhecimento técnico, por exemplo o uso de eletrocardiógrafo, desfibrilador semi-automático, entre outros. De acordo com Nasi (1994, p. 6), “a UTI móvel surgiu da necessidade de transportar pacientes graves e compreende, além de pessoal treinado (médico, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem) [no Brasil], equipamentos que permitam a monitorização e tratamento do paciente durante o percurso”.

As medidas iniciais de atendimento devem ser fornecidas por pessoas previamente treinadas ou profissionais habilitados, e baseadas num conhecimento sistematizado que proporcione um conjunto seqüencial no atendimento. Reconhecendo que a vítima esteja não só com suas necessidades psicobiológicas afetadas, mas também as psicossociais e psicoespirituais atendendo como um todo numa perspectiva holística. Desta forma, tais medidas evitam o agravamento das lesões já estabelecidas e diferenciam o atendimento por ventura prestado por leigos, ou seja, um atendimento que no afã de ajudar, pode acabar agravando a situação da vítima. Portanto, este corpo de conhecimento sistematizado, denominado de APH, compreende ações de resgate – estabelecer e restabelecer a situação da vítima – que envolvem transporte adequado e encaminhamento correto às unidades de atendimento.



### 3.3 - O SURGIMENTO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO MUNDO

Desde os tempos mais remotos o homem transporta seus feridos de variadas formas, iniciando-se pelo transporte manual, por meio de varas improvisadas, depois utilizando-se de animais domésticos, como o cavalo. Por volta do ano 1000, os povos anglo-saxões passaram a efetuar o transporte de feridos em carruagens, que apesar de realizado sem conhecimentos técnicos agilizou o atendimento às vítimas.

Em 1792, o Dr. Dominique-Jean Larrey idealizou a “ambulância voadora” – uma carruagem com capacidade de transportar várias vítimas, puxada por cavalos, com equipe médica treinada, concebida para ser utilizada pelas tropas de Napoleão na campanha da Prússia, iniciando-se a era do tratamento pré-hospitalar. Essa carruagem evoluiu para carroças de duas rodas, mais rápidas e posteriormente para ambulâncias motorizadas, as quais passaram a eliminar o desconforto causado por um transporte demorado e reduziram os riscos de transmissão de doenças entre as vítimas. Sabe-se hoje, que com a modernização, contamos com outras formas de transporte como avião, helicópteros, lanchas e até motos para diminuir o tempo-resposta de locais com problemas de trânsito, como por exemplo, a cidade de São Paulo – SP, utiliza-se de motos com dois socorristas e equipamentos para prestar o primeiro atendimento até a chegada da ambulância ou helicóptero.

A Segunda Guerra Mundial, a da Coréia e a do Vietnã demonstraram que técnicos não médicos, devido a impossibilidade de contar com médicos em todas as frentes de batalhas, poderiam aumentar a sobrevivência de vítimas do trauma, iniciando-se desde então o tratamento pré-hospitalar por equipes não compostas por médicos. As técnicas desenvolvidas nas guerras passaram a ser aplicadas à população americana no final da década de 60, quando J.D. Deke Farington desenvolveu o primeiro programa EMT para civis - “Emergency Medical Technician” (Técnico em Emergências Médicas), com repasse de conhecimentos de primeiros socorros com qualidade. Posteriormente, essa idéia desencadeou a criação de vários Serviços de Emergências Médicas nos Estados Unidos, os EMS - “Emergency Medical Services”, operacionalizados pelos Corpos de Bombeiros, o que influenciou os serviços pré-hospitais de outros países, inclusive os do Brasil.

Algumas exigências legais para o serviço pré-hospitalar nos Estados Unidos, com direcionamento para os Corpos de Bombeiros, provocaram a extinção dos

antigos serviços tradicionais de ambulância, anteriormente prestados por hospitais, funerárias ou empresas privadas, que abandonaram este tipo de prestação de serviço.

Atualmente, o serviço de atendimento pré-hospitalar nos Estados Unidos é seqüencial e integrado à comunidade, iniciando-se por vezes com a intervenção dos membros treinados da comunidade, efetivado posteriormente por Técnicos em Emergências Médicas, finalizando-se na emergência dos hospitais. Os Estados Unidos possuem três níveis de profissionais em seu sistema pré-hospitalar, respectivamente o Técnico em Emergências Médicas Básico ou de Ambulância, responsável por manobras de suporte básico; o Técnico em Emergências Médicas Intermediário, que efetua manobras do suporte básico e algumas manobras invasivas e os Técnicos em Emergências Médicas Paramédico, que efetua suporte básico, manobras invasivas e administra drogas com base em protocolos.

“Na França, na década de 50, os médicos começaram a constatar a desproporção entre os meios modernos colocados à disposição dentro dos hospitais e os meios arcaicos utilizados na fase pré-hospitalar, nos vários minutos que se seguem ao acidente” (SANTA CATARINA, 2000, p. 6).

“No ano de 1988, o Ministério de Saúde do Brasil solicitou à França uma ajuda para criar os Serviços de Atendimento Médico de Urgência encarregado pela etapa pré-hospitalar da urgência médica. Neste âmbito, então foi criado uma Cooperação França – Brasil, através do Ministério de Assuntos Estrangeiros da França e o Brasil e várias missões brasileiras estiveram na França, assim como vários médicos franceses, ligados ao SAMU, realizaram missões ao Brasil” (SANTA CATARINA, 2000, 6).

“Foi constatado então que seria conveniente que a equipe médica se dirigisse ao local do acidente e não o contrário. Assim, a chegada rápida de uma equipe competente ao local do acidente ou à cabeceira do doente permitiria a execução dos primeiros gestos de socorro, centralizados na reestruturação de uma ventilação e circulação eficazes” (SANTA CATARINA, 2000, p. 6).

“Esta nova filosofia de atendimento de urgência levou a criação dos Serviços de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) em toda a França, e diferentemente do sistema americano, a organização deste sistema, assim como o atendimento ao



doente ou acidentado era sempre acompanhado de um médico e enfermeiro, capazes, pelas suas formações de diagnosticar e tomar as providências mais imediatas para a boa manutenção das condições da vítima até sua chegada ao hospital” (SANTA CATARINA, 2000, 6).

### **3.4 - AS DUAS GRANDES ESCOLAS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Neste processo, os modelos de sistemas de atendimento pré-hospitalar foram se espalhando por outros países. De modo que atualmente, toda a trajetória do aperfeiçoamento em atendimento pré-hospitalar com raízes no meio militar e nas guerras, estão concentradas em duas grandes escolas de APH: a escola francesa e a norte-americana. Essa divisão dos fatos por estes dois países centrais (França e EUA), implementa abordagens de atendimento às vítimas traumatizadas resgatando as técnicas militares e os conhecimentos acumulados nos tempos de guerras abertamente declaradas. Tais abordagens, sistematizadas por estas escolas, foram adotadas por vários países do mundo, dependendo da influência político-econômica representada por um dos dois países de origem das escolas de APH.

Essa difusão dos modelos pelo mundo afora ocorre pela escola francesa através do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e pela escola norte-americana através do modelo de atendimento pré-hospitalar executado por paramédicos e técnicos em emergências médicas. Fato que tem tomado basicamente no mundo inteiro, proporções diferentes, onde muitos países – como é o caso do Brasil – adotam modelos mistos, ou seja, algumas localidades (ou Estados) adotam o modelo americano e em outras, o modelo francês. Certamente outras peculiaridades – que não somente a influência político-econômica – devem ser consideradas quando se analisa o sistema de APH que um determinado país optou em executar.

Essas duas grandes escolas de atendimento pré-hospitalar que se propagam pelo mundo, inclusive para outros países centrais, alguns autores chamam de: “as duas correntes metodológicas” (MAFRA et al., apud ROCHA, 2000, p. 20):

✓ “O SAMU de origem francesa, foi criado por anestesistas intensivistas e emergenciais, devido o reconhecimento da necessidade de atendimento pré-hospitalar às vítimas que muitas vezes chegavam ao hospital com piora do caso ou



mesmo mortos, por não receberem atendimento precoce e adequado” (CARDOSO, apud ROCHA, 2000, p. 21). “Este sistema tem como referencial o médico, tanto na Regulação do Sistema, como no atendimento e monitoramento do paciente, até a recepção hospitalar. Trata-se de um serviço ligado ao Sistema de Saúde, hierarquizado e regionalizado, possuindo comunicação direta com os Centros Hospitalares” (CARDOSO, apud ROCHA, 2000, p. 21).

✓ “O sistema norte-americano trabalha com paramédicos e Técnicos em Emergências Médicas. Os paramédicos começaram a desenvolver suas atividades nos EUA com a Guerra do Vietnã, devido a impossibilidade de contar com médicos em todas as frentes de combate alguns soldados foram treinados para realizarem a assistência necessária” (CARDOSO, apud ROCHA, 2000, p. 21).

É importante para compreendermos porque o sistema norte americano adotou um sistema que atua com paramédicos e técnicos em emergências médicas, efetuando da mesma forma que o SAMU, atendimentos tanto ao nível de suporte básico da vida quanto o suporte avançado. Fica fácil constatar que o atendimento no ambiente extra-hospitalar, está muito mais sujeito a erros e consequentemente submete os profissionais às descargas legais por estar imbuído num atendimento de caráter emergencial com ambiente extremamente adverso, repleto de imprevistos. Então, apesar de todo o corpo de conhecimento ter começado a ser sistematizado especialmente pela categoria médica já no final da década de 60 e início da década de 70, cria-se categorias profissionais periféricas às categorias profissionais de saúde, denominadas de técnico em emergências médicas e paramédicos.

Certamente que as novas categorias profissionais que assumiram o atendimento, adquirem posteriormente, um corpo de conhecimento específico ao atendimento emergencial no âmbito extra-hospitalar que resultam na regulamentação do exercício profissional através de protocolos. Tanto isto é fato que em “1992 surge o programa de treinamento Pré-Hospital Trauma Life Support (PHTLS) dividido em dois cursos: PHTLS avançado e PHTLS básico com origens no ATLS” (ATLS, 1996, p.15). No entanto, diferente do que aconteceu em 1971 quando a American Academy of Orthopaedic Surgeons sistematiza um corpo de conhecimento que serviu de orientação à evolução da categoria de técnicos em emergências médicas, ambos os cursos “são criados pelo Committee of the National Association de Emergency Medical Technicians em cooperação com o Committee

on Trauma of the American College of Surgeons” (ATLS, 1996, p.15). Percebe-se que a categoria médica que no início detinha o corpo teórico de conhecimento na área, agora atualiza este conhecimento em parceria com a nova categoria profissional já consolidada nos EUA. Dentro deste contexto, o paramédico é habilitado e passa a pertencer a uma categoria profissional que faz o atendimento pré-hospitalar dentro daquilo que a legislação preconiza, realizando inclusive, procedimentos que no Brasil são considerados atos de exclusividade da categoria médica ou de enfermagem. Podemos concluir assim que esta categoria profissional acabou aliviando os riscos de penalização para as categorias profissionais que trabalham exclusivamente no ambiente intra-hospitalar.

### **3.5 - O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO BRASIL**

O transporte e atendimento de vítimas diversas no Brasil aprimorou-se a partir de 1808, com a chegada da família real portuguesa, que passou a funcionar nos mesmos moldes do existente na Europa, por meio de carruagens. Desde então o Estado procurou responsabilizar-se pela missão do transporte de vítimas e acidentados para os hospitais. Segundo Oliveira (2000),

em 1893, o Senado da República aprovou a Lei que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública, sendo que o Rio de Janeiro, no momento capital do país, possuía cerca de 522 mil habitantes. No ano de 1904, foram instalados pontos de Pronto Socorro e em 1907, o Prefeito Pereira Passos, encomendou algumas ambulâncias na Europa”. Na República, o Governo Federal associou seu sistema de transporte de vítimas e acidentados aos hospitais públicos e conveniados, coordenado inicialmente pelo Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência (SAMDU), seguido pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e, ultimamente, pelo Sistema Unificado de Saúde (SUS), sendo executado pelas Secretarias de Saúde e Corpos de Bombeiros Estaduais, por convênios de cooperação ou atuação conjunta.

A partir de 1981 os Corpos de Bombeiros Militares do Brasil passaram a prestar o atendimento pré-hospitalar, iniciando-se pelo CBM Distrito Federal, após assinatura de convênio de cooperação mútua com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Ano após ano os Estados do País foram implantando seus serviços de atendimento pré-hospitalar, com variadas denominações, estruturas e formas de atuação.



No entanto, foi durante a década de 80, que o atendimento pré-hospitalar no Brasil, passou a ser aplicado de forma básica em alguns Corpos de Bombeiros Militares, sobretudo no Rio de Janeiro e São Paulo. Entre estes Corpos de Bombeiros e através deles, é fato que o Rio de Janeiro (RJ) foi o primeiro Estado a dar início à estruturação de um SvAPH. Conforme ROCHA (2000, p. 26), “um dos programas pioneiros de socorro extra-hospitalar aeromédico, foi iniciado em 1988 pelo Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, em associação com a Coordenadoria Geral de Operações Aéreas do Estado (CGOA)”. Pressupomos então, que nesta época já estava bastante avançado o sistema por via terrestre.

Antes da inserção dos Corpos de Bombeiros nas atividades pré-hospitalares, estes associavam-se aos hospitais, por meio dos serviços de ambulâncias. Após essa inserção já foram registrados vários conflitos das equipes da área de saúde com as dos Corpos de Bombeiros, destacando-se os motivados com a legalidade dos atendimentos feitos pelos militares socorristas.

Antecipando-se ao Ministério da Saúde, o Conselho Federal de Medicina (CFM) elaborou a Resolução CFM nº 1.529, de 28 de agosto de 1998 (ANEXO 2), que considerou o Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar como um serviço médico quanto à coordenação, regulação e supervisão direta e à distância, aprovando ainda a “Normatização da Atividade Médica na Área de Urgência – Emergência na sua Fase Pré-Hospitalar”.

Há ainda na Resolução recomendações sobre veículos, materiais, equipamentos e funcionamento dos serviços de atendimento pré-hospitalar do Brasil, ficando reconhecida a necessidade de atuação dos socorristas com a escolaridade necessária, supervisionados por médicos, com especificação das competências.

Em 1999, por meio da Portaria n.º 824, de 24 de junho (ANEXO 4) , do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União n.º 120, de 25 de junho de 1999, foi aprovada a normatização do atendimento em nível pré-hospitalar no Brasil, sendo um aprimoramento da Resolução CFM n.º 1.529/98. A Portaria n.º 824/99 especificava as diretrizes para o funcionamento dos serviços de atendimento pré-hospitalar no Brasil e os Corpos de Bombeiros deveriam adaptar-se às mesmas, para minimizarem-se os transtornos administrativos.

Em 2001, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n.º 814, de 1º de junho (ANEXO 7), sendo revogada a Portaria n.º 824/99 / MS, reforçando-se as determinações já constantes na Portaria n.º 824/99/MS, acrescentando outras, em função das necessidades que surgiram com a execução da atividade pré-hospitalar, como a implantação de uma política nacional de atenção integral às urgências, organização dos sistemas regionalizados, do processo de regulação médica baseada em Centrais de Regulação Médica de Urgências nos níveis regional, estadual e municipal, que deverão ser observados pelos serviços de atendimento pré-hospitalar das corporações, para que continuem credenciados junto aos SUS e possam continuar obtendo os recursos provenientes dos atendimentos executados.

Destaca-se a necessidade de implementação das determinações da Portaria 814/01 até o dia 1º de junho de 2004, data final para que os serviços pré-hospitalares do Brasil se adaptem ao previsto, como a exigência para que os profissionais que atuam no pré-hospitalar móvel sejam capacitados e certificados nos Núcleos ou Centros de Educação em Urgências, conveniados com as Secretarias de Saúde, para fins de integração técnica e operativa ao SUS.

No final da década de 80 a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo criou o Programa de Atendimento a Emergências com o intuito de “diminuir a mortalidade por causas externas e assim reverter esse triste quadro epidemiológico” (SÃO PAULO, 1988, p. 7). Esse programa envolveu “ampliação e aprimoramento da rede de Prontos Socorros e Unidades de Emergências (...), a organização dessas unidades em um sistema estruturado, hierarquizado segundo níveis de complexidade e regionalizado (...), a criação de um sistema de resgate que permita atendimento pré-hospitalar e traslado eficiente para o pronto socorro e hospital mais próximo, que tenha condições de atender o problema; envolve por fim, a educação da população para evitar problemas desse tipo e cuidar dos primeiros socorros quando os problemas ocorrem” (SÃO PAULO, 1988, p. 7). Logo após, no final de 1989 e início de 1990 é lançado o “Projeto Resgate” através do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de São Paulo que adota uma sistemática de atendimento, nos moldes do modelo e tecnologia dos EUA, sendo que os bombeiros inicialmente “foram treinados no Centro de Formação de Bombeiros, em cursos teóricos e práticos de 100/horas aula, ministrados com a colaboração do Hospital das Clínicas (através de seu serviço de Pronto Socorro) e do Instituto Médico Legal”



(SÃO PAULO, 1988, p. 7). Atualmente, o CB de SP (na capital) opera com Unidades de Resgate (UR) ao nível de suporte básico da vida efetuado por bombeiros socorrista e conta com o apoio do SAMU com Unidades de Suporte Avançado (USA) através de médicos e profissionais de enfermagem. Com o apoio dos meios de comunicações, o modelo paulista foi muito divulgado como sendo o modelo ideal de atendimento.

Em 1991, o Ministério da Saúde, por intermédio do Programa de Enfrentamento às Emergências e Trauma, tentou especificar um padrão nacional mínimo para os profissionais, viaturas e equipamentos ligados ao serviço de atendimento pré-hospitalar. Foi elaborado e aplicado um treinamento básico uniforme para os socorristas, por meio de multiplicadores formados no Distrito Federal. Após dois anos da idéia inicial o programa foi extinto, por problemas políticos, entretanto, os Corpos de Bombeiros Militares vislumbraram a possibilidade de atuação na área pré-hospitalar, o que ocorreu a mercê da falta de embasamento legal para os seus serviços.

Além do APH do Corpo de Bombeiros em São Paulo, outros serviços foram se estruturando em outras realidades. Assim, encontramos o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) do Vale do Ribeira que segundo ROCHA (2000, p. 114), “é um serviço público estadual, ligado ao Hospital Regional Vale do Ribeira e ao Consórcio de Desenvolvimento Intermunicipal do Vale do Ribeira (CODIVAR)”. O SAMU do Vale do Ribeira foi “implantado em 1997 e atende às vítimas de acidentes automobilísticos da Rodovia Federal Régis Bittencourt (BR 116), no trecho de Itapequerica da Serra à divisa com o Estado do Paraná” (ROCHA, 2000, p. 114). O serviço é realizado com “viaturas de Suporte Básico (tripulada por um motorista socorrista e um Auxiliar de Enfermagem) e UTIs móveis cuja equipe é composta por um motorista socorrista, um médico e um enfermeiro, sendo a equipe coordenada pelo médico. O atendimento das ocorrências, geralmente ocorre através do telefone 0800150054 ou por chamadas diretas nas bases. As ligações são atendidas por um auxiliar de regulação e a triagem é feita pelo médico regulador que coordena todas as atividades que estão sendo realizadas no local da ocorrência” (ROCHA, 2000, p. 114-115).

O modelo adotado pelo Corpo de Bombeiros do DF também está muito próximo desta sistemática, nos moldes dos EUA. Os bombeiros são formados



através de “dois cursos preparatórios: Curso de Socorro de Urgência (CSU), com duração de 220 horas/aula e Curso Técnico de Emergência Pré-hospitalar (CTE), com 1500 horas/aulas” (KAYSER et al., 1995, p. 72).

Esses primeiros Corpos de Bombeiros a implantarem o APH, também tiveram o apoio da Cruz Vermelha Internacional e dos acordos “Brasil – EUA / companheiros das Américas” (SANTA CATARINA, 1995).

O Paraná (PR), desenvolveu o “sistema chamado SIATE em que há médicos relacionados à atividade” (SANTA CATARINA, 1995), ou seja, médicos dentro do sistema regulador que pode deslocar para o local da emergência quando necessário, dependendo da situação.

No Rio Grande do Sul (RS), é adotado um modelo misto, ou seja, que varia entre o modelo francês (implantado pelo Hospital Municipal de Pronto Socorro – HPS em Porto Alegre) e o norte-americano (adotado pelo Corpo de Bombeiros de abrangência estadual). Isso ocorre devido existir neste Estado, especificamente no município de Porto Alegre, que a partir da experiência francesa, em meados de 1995, “iniciou-se a implantação do Projeto Sistema de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) onde, através de um termo de cooperação técnica com a França, seria efetuado um intercâmbio de pessoas para realizarem treinamentos” (KAYSER, 1995, p. 60).

Em Santa Catarina (SC), esta sendo implantado pela Secretária Estadual de Saúde o modelo francês (SAMU), sendo que já conta com os serviços de atendimento pré-hospitalar nos moldes norte-americano adotado pelo Corpo de Bombeiros em todo o estado.

Com essa breve síntese sobre o surgimento do SvAPH em alguns Estados, fica óbvio até aqui, a existência de diversos modelos de APH no Brasil, com características próprias; não há uma padronização entre os Estados, mesmo com a recente normatização por parte do Ministério da Saúde. No entanto, estas são algumas informações relevantes que marcam o ponto de partida dos Serviços de Atendimento Pré-hospitalar no Brasil até a “criação em 1990, do Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas pelo MS” (BRASIL, 1990). A partir de então, dá-se início a uma nova era para os sistemas de APH.

Espera-se que ocorra adequação e padronização das estruturas dos serviços pré-hospitalares com a vigência da Portaria 814/01/MS.

### **3.6 - O PROGRAMA DE ENFRENTAMENTO ÀS EMERGÊNCIAS E TRAUMAS (PEET)**

Em 1990, é lançado pelo MS o Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas. Segundo este Ministério o programa “tinha como objetivo a redução da incidência e a morbi-mortalidade por agravos externos” (BRASIL, 1990). Em 1992, “é transformado em Programa de Enfrentamento de Desastres, com os mesmos objetivos e acrescidos de trabalhos específicos relacionados aos desastres”.(BRASIL, 2002). Dentro deste programa, está o Projeto de Atendimento Pré-hospitalar (PAPH) a ser executado pelos Corpos de Bombeiros. Para os Corpos de Bombeiros desenvolverem este projeto, argumenta-se que tais corporações têm suas atividades definidas na Constituição Federal (CF) e Estadual (CE), conforme apresentamos:

- a) na CF (1998, p. 83), através do Art. 144, parágrafo 5º do inciso IV, “...aos corpos de bombeiros militares, além das atribuições definidas em lei, incumbe a execução de atividades de defesa civil.”
- b) na CE (1997, p. 102), por meio do Art. 107, inciso II, “através do Corpo de Bombeiros: a) realizar os serviços de prevenção de sinistros, de combate a incêndio e de busca e salvamento de pessoas e bens”.

Aparentemente, com estas competências insinuadas pelas constituições, as corporações de Bombeiros Militares enquadram-se perfeitamente no programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas do MS que previa “intervenção nos níveis de Prevenção, Atendimento Pré-hospitalar, Atendimento Hospitalar e Reabilitação” (BRASIL, 1990, p. 6), ficando estas corporações responsáveis pelo nível pré-hospitalar. Tais corporações, tornam-se assim, responsáveis pelo atendimento pré-hospitalar às emergências e traumas no âmbito público. Conforme este programa, “o Atendimento Pré-hospitalar visa à organização de equipes de atendimento pré-hospitalar, disponíveis e acessíveis a todas as camadas da população. O pronto atendimento do traumatizado é fundamental...” (BRASIL, 1990, p. 6).



### 3.7 - PROPOSIÇÃO DO PROGRAMA DE ENFRENTAMENTO ÀS EMERGÊNCIAS E TRAUMAS

Para a formação dos recursos humanos necessários à implementação do programa, “foram formados inicialmente no Distrito Federal, quarenta e quatro instrutores (oficiais e praças dos CB, enfermeiros e médicos) que serviram de multiplicadores em todo o território nacional” (SANTA CATARINA, 1995).

Santa Catarina, através do PEET / PAPH, assim como diversos outros Estados, tinham a seguinte proposta instrucional:

- “Socorristas – formados em cursos com cargas horárias que variam de 100 a 230 horas aulas;
- Técnico Em Emergências Médicas – variável de 500 a 800 horas aulas;
- Paramédicos – exigência de nível superior em área a fim e carga horária acima de 1800 horas aulas” (Id.).

Com base nesta proposta, em SC, foram ministrados diversos Cursos de Formação de Agentes de Socorros Urgentes (CFASU) e um curso de Técnico em Emergências Médicas. O CFASU era ministrado com carga horária total de 100 horas/aula (10 dias), ao nível de Suporte Básico da Vida e formava os socorristas de primeiro nível. Naquele momento inicial, conforme era proposto pelo programa (PEET/PAPH), o curso tinha os seguintes objetivos:

Formação de recursos humanos a fim de operacionalizar os recursos materiais na execução de missões de resgate e atendimento pré-hospitalar. Essas, afetas ao Corpo de Bombeiros executando procedimentos de suporte básico da vida devidamente protocolados;

Difusão de conhecimentos ao nível de suporte básico da vida. Baseados nos princípios da traumatologia e medicina de urgência, buscando a integração dos sistemas hospitalar e pré-hospitalar;

Modificação de comportamento do instruendo com relação ao “problema trauma”: seja de forma preventiva como de forma operativa” (SANTA CATARINA, 1995).

Ainda, segundo o programa, eram ministradas diversas matérias e técnicas de atendimento ao trauma (ANEXO 1).

Através desta formação, os socorristas eram habilitados para executarem os seguintes procedimentos, amparados somente nas responsabilidades atribuídas ao Corpo de Bombeiros na CF e CE:

Realizar o exame primário avaliando: permeabilidade das vias aéreas, respiração, circulação, pupilas, e o estado neurológico da vítima;

Observar sinais diagnósticos: coloração da pele, tamanho e reação das pupilas, nível de consciência, habilidade em movimentar-se e reação a dor;

Mensurar sinais vitais: pulso, respiração, pressão arterial, avaliando a qualidade, quantidade e suas características;

Obter informações da vítima;

Realizar o exame secundário: exame completo e detalhado da vítima da cabeça aos pés (céfalo-caudal), por inspeção e por palpação;

Manter a permeabilidade das vias aéreas;

Realizar ventilação artificial utilizando: meios e técnicas naturais e equipamentos: máscaras, cânulas, ambu, aspirador, cilindros de oxigênio;

Realizar circulação artificial através das técnicas de respiração cardiopulmonar;

Identificar, conter e administrar os estados de choque com o uso de técnicas;

Conter hemorragias com as técnicas conhecidas;

Aplicar talas de tração e imobilização para lesões em membros superiores e inferiores;

Reduzir e imobilizar fraturas;

Imobilizar a coluna utilizando colar cervical, coletes de imobilização dorso-lombar, macas longas e macas curtas;

Resgatar, remover e transportar vítimas em locais restritos, utilizando macas e outros equipamentos;



Aplicar curativos em ferimentos e olhos;

Realizar a assepsia e tratamento básico em ferimentos (SANTA CATARINA, 1995).

A partir do PEET com propósitos principais de reduzir a incidência dos agravos externos através da prevenção ao trauma e reduzir a morbi-mortalidade por afecções de emergência e traumas através do aumento de cobertura e melhoria do Atendimento Pré-hospitalar, o APH passou a ser conceito novo no setor saúde. (SANTA CATARINA, 1995).

### **3.8 - NORMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

O Atendimento Pré-Hospitalar no Brasil, no tocante às normas de atendimento, recursos humanos, níveis de formação e responsabilidades, entre outras questões, passa a ser alterado (ao menos teoricamente), quando o Conselho Federal de Medicina (CFM) lança a resolução nº 1.529/98 (ANEXO 2), que teve origens nas resoluções do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (CREMESC) nº 027/97 e 028/97 (ANEXO 3). Posteriormente a resolução do CFM resultou na portaria do Ministério da Saúde (MS) de nº 824, de 24 de junho de 1999 (ANEXO 4) que normatizava a “atividade médica na área da Urgência / Emergência na sua fase pré-hospitalar”. Por outro lado, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), após as ações da categoria no APH serem delimitadas pelo CFM, lança a resolução nº 225, de 28 de Fevereiro de 2000 (ANEXO 5) que “dispõe sobre o cumprimento de prescrição de medicamentos / terapêutica à distância”. Presume-se que tal resolução surgiu em virtude da portaria nº 824 do MS definir o médico como responsável pela “regulação médica” cuja função tem poderes de ordenar procedimentos via rádio/telefone, à equipe no local da cena. A portaria nº 824 do MS define ainda o tradicional socorrista de “nível básico” como “indivíduo leigo habilitado para prestar atendimento pré-hospitalar e credenciado para integrar a guarnição de ambulâncias do serviço pré-hospitalar” após um treinamento de 238 horas. Conforme a portaria, a intervenção do socorrista no APH está submetida à “supervisão médica direta ou à distância”. As outras categorias, técnicos em emergências médicas e paramédicos, que se pretendia atingir com base no PEET/PAPH, em conformidade com o sistema norte-americano, são ceifadas de

Ressalta-se ainda, nesta nova Portaria do MS, a necessidade da existência de Centrais de Regulação Médica das Urgências, com fácil acesso ao público, por via telefônica, em sistema gratuito, onde o médico regulador, após julgar cada caso, deve definir a resposta mais adequada para cada atendimento a ser executado, monitorando por rádio os procedimentos das equipes pré-hospitalares, orientando as ações do momento da chegada ao evento, até a entrega da vítima a um hospital.

Nesse breve resumo do histórico da normatização dos serviços de atendimento pré-hospitalar no Brasil, podemos ver que ainda há pouca experiência na área. Muito pouco ou quase nada de conhecimento sistematizado, produzido, ou seja, praticamente não há investigação científica na área pelos setores responsáveis, especialmente as universidades. O que existe é a execução de um serviço que acaba de ser regulamentado; porém as legislações atuais servem apenas como um novo parâmetro de ação, pois na verdade apresentam muitas dificuldades de execução, especialmente no setor público que carece de investimentos. Portanto, são necessárias grandes modificações nos próximos anos para que as legislações deixem de ser apenas parâmetros.

### **3.9 - ENFERMAGEM NA SITUAÇÃO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**

O serviço de enfermagem norteia-se por critérios e normas apoiados numa filosofia de trabalho que visa o bem estar dos clientes e à plena satisfação de suas necessidades.

A responsabilidade do planejamento da assistência de enfermagem aos clientes de emergência é exclusiva do enfermeiro, e baseia-se no atendimento às suas necessidades, que tendem a sofrer variações em curtos intervalos de tempo (GOMES, 1994, p.35).

A humanização no atendimento no suporte ao trauma tem como objetivo a essência do ser humano e da enfermagem. A primeira vista, traduzida pelo resgate do amor incondicional, inerente ao homem, desgastado e esquecido, talvez pela alteração de valores da vida moderna. A segunda vista enquanto ciência humanística, rompendo paradigmas para ampliar horizontes, e isto é possível somente através do processo de auto conhecimento (FREIRE, 2001, p.500).



A definição de trauma traz consigo o corpo, pois relata que é toda lesão orgânica produzida por uma violência exterior, e a concretização do cuidado ao ser humano doente, aborda a interação de, no mínimo, dois corpos: aquele que busca ajuda e o outro que fornece ajuda (FREIRE, 2001, p.500).

O enfermeiro que atua numa situação de urgência / emergência tem que ter a capacidade de observar, relatar e interpretar os sinais e sintomas e de avaliar e organizar esforços para garantir o resultado desejado. “O planejamento da assistência pretende assegurar: o atendimento de enfermagem, a coordenação, a continuidade, a avaliação e a orientação das práticas desenvolvidas pela equipe” (GOMES, 1994, p. 35).

Faz parte do planejamento da assistência de enfermagem:

- Um sucinto histórico (roteiro sistematizado a ser preenchido pelo enfermeiro para levantamento de dados);
- Evolução (registro feito pelo enfermeiro após a avaliação do cliente, com informações sobre problemas identificados e que serão alvo da atenção);
- Prescrição (condutas estabelecidas para a assistência individualizada e contínua do paciente).

Dentro de nosso trabalho iremos adaptar um instrumento baseado na teoria de Horta e no método mnemônico ABCDE do ATLS.

### **3.10 - A ENFERMAGEM E O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Esse paralelo que pretendemos estabelecer entre enfermagem e APH, está ligado à história do desenvolvimento do resgate de feridos e do cuidado dos feridos. Duas atividades que se complementam, mas que tem diferenças fundamentais, entre as quais consideramos que uma das mais importantes divergências no decurso delas, está ligado ao ambiente em que se realiza o atendimento às vítimas. De acordo com Martins (2001, p. 48), “o resgate das vítimas ou APH, é aquele realizado no local em que ocorreu a emergência – local de absolutas adversidades – e requer conhecimentos específicos que envolvem ao mesmo tempo, o cuidado à vítima que se estende no transporte até a chegada num ambiente onde receberá o atendimento definitivo. Por outro lado, o cuidado hospitalar às vítimas ocorre num



Conforme ALMEIDA, apud SILVA (1989, p. 54), devemos “chamar a atenção para o fato (...) de que a profissionalização de enfermagem se processou basicamente entre duas categorias sociais distintas: a das ladies-nurses e das nurses” – grifado pela autora. De acordo com SILVA (1989, p. 54-55), “as primeiras, oriundas da burguesia e da pequena burguesia e aristocracia inglesas; as últimas oriundas do proletariado. Estas eram destinadas ao serviço ‘grosso’ das enfermarias;

ambiente previamente preparado para tal finalidade, um ambiente que propicia um atendimento às vítimas, menos sujeito às alterações do meio ambiente”. Temos então que APH compreende ações de resgate e tratamento/cuidado à vítima no local e durante o transporte. Fato que implica num profissional com ambos conhecimentos ou profissionais cada qual com um desses saberes, atuando em conjunto.

Em primeira instância, esta é a diferença que tem de ser fundamentada, ou seja, o ambiente em que é realizada a assistência. O fato é que a enfermagem profissional surge devido ao sucesso nas atividades voltadas ao cuidado dos feridos que era realizado em hospitais de campanha. Sobretudo, na “Guerra da Criméia em 1854-1856”, onde houve o grande avanço neste tipo de cuidado que culminou em novos horizontes para superar as determinações caritativas da profissão em ascensão “nos primórdios do cristianismo” (SILVA, 1989, p. 51). Ora, é bem verdade que Florence Nightingale e sua equipe de enfermeiras, estiveram naquela guerra com o objetivo de organizar os hospitais de campanha e melhorar o cuidado aos feridos em combate, ou seja, o resgate dos feridos era realizado pelos próprios combatentes, os quais conduziam as vítimas até o hospital de campanha. Este primeiro impulso para o surgimento da enfermagem profissional, se dá entre a necessidade de prestar medidas iniciais de atendimento às vítimas por pessoas previamente treinadas (combatentes), e a continuidade deste atendimento por profissionais habilitados (corpo de enfermagem), baseados num conhecimento sistematizado que proporcionasse um conjunto seqüencial no atendimento.

Por este motivo e devido à notável redução dos índices de mortalidade na guerra da Criméia, que Florence “é reconhecida pelo governo ao retornar à Inglaterra e (...) cria a escola de formação de enfermeiras no Hospital São Thomas, em 1860, instituindo assim o ensino de enfermagem e estabelecendo as bases para a estruturação do trabalho desenvolvido neste campo específico do saber e da prática de saúde como profissão” (PIRES, 1989, p. 121).

trocas da roupa de cama, banhos de leito, ministração de medicamentos, ligando-se portanto, ao cuidado direto dos pacientes. Aquelas, destinadas às ‘nobres’ tarefas do ensino, da supervisão das serviçais e das nurses e da administração hospitalar; portanto, apenas indiretamente ligadas ao cuidado dos pacientes. Umas sendo vistas como dominando um dado tipo de saber valorizado socialmente; outras sendo vistas como executoras de um dado tipo de fazer de baixo prestígio social”.

Segundo Martins (2001, p. 50), “essa divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho – com suas origens na dicotomia entre trabalho intelectual e trabalho manual –, contrariamente à divisão social do trabalho presente em toda e qualquer sociedade, tende a agudizar a divisão da sociedade em classes sociais.

Para além da questão da divisão pormenorizada do trabalho, “a enfermagem define-se também como uma área onde o trabalho da mulher é predominante. A questão da existência, historicamente, de atividades tidas como masculinas ou femininas envolve de modo genérico, o aspecto de seu prestígio diferencial. Esta divisão (sexual) de funções estaria, em suas origens, fundada em fatores biológicos (referentes, entre outros, à maior força muscular masculina...)” (SILVA, 1989, p. 55-56, grifo da autora).

No contexto de surgimento da profissão vemos que a enfermagem esteve muito próxima do APH, em vários períodos históricos. Algumas vezes realizando o próprio SvAPH, ou o atendimento das vítimas no local da ocorrência.

Tal proximidade aconteceu também através da Cruz Vermelha Internacional, a qual “tivera papel importante no desenvolvimento do resgate e cuidados de feridos nos campos de batalhas” contando com a atuação, da “Enfermeira americana Clara Barton; fundadora da Cruz Vermelha nos Estados Unidos em 1905” (HAFEN, KARREN, 1983, p. 1-2).

Essa instituição, de caráter caritativo, em época posterior “foi instrumento de treinamento de centenas de americanos, para realizar o primeiro cuidado de emergência” (HAFEN, KARREN, 1983, p. 1-2). “No Brasil, a Cruz Vermelha Brasileira também teve importância histórica em 1916, iniciando cursos para preparar o voluntariado para atender às emergências na I Guerra Mundial” (PIRES, 1989, p. 54).



Nos EUA, foi a Medicina que despontou na formulação do conhecimento técnico-científico para o ambiente pré-hospitalar; conhecimento repassado num processo histórico, para as categorias profissionais de Paramédicos e Técnicos em Emergências médicas que assumiram o APH naquele país. A enfermagem, após a consolidação do ATLS (curso que oferece as bases do atendimento do APH), cria também “o Trauma Life Support for nurses (TLSN), [embora] com objetivo de sistematizar a assistência de enfermagem acompanhando a assistência médica...” (ROCHA, 2000, p. 23).

Em Porto Alegre, através da implantação do “Projeto Sistema de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), que teve início em 1995”, o SvAPH é realizado ao nível de suporte avançado, através de “UTI móvel que compreende (...) pessoal treinado (médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem)... (NASI, 1994, p. 6). Conforme KAYSER (1995, p. 60), nesse sistema, a “enfermeira fica responsável pela organização dos materiais e equipamentos e pela capacitação do pessoal de enfermagem”. Neste ínterim, convém lembrar também, que durante a implementação do PEET/MS, a enfermagem também esteve presente no primeiro curso realizado no DF que “formou instrutores para servirem de multiplicadores em todo o território nacional” (SANTA CATARINA, 1995).

Infelizmente o Ministério da Saúde através de suas portarias, como por exemplo a portaria N.º 824, de 24 de junho de 1999, não contou com representantes da Enfermagem nas respectivas definições das atividades da própria categoria profissional. Muito menos no que se refere a concepção do que vem a ser o APH no Brasil, hoje. Tais definições e formulações de concepção de APH ficaram a cargo, principalmente, da ingerência por parte do MS e CFM. Deste modo, “a enfermagem foi ignorada e/ou não esteve presente nas definições atuais sobre APH, bem como o segmento que teve importante papel no estímulo inicial destes serviços no Brasil: os Corpos de Bombeiros” (SCREMIN, 2001, p. 53).

Em SC, segundo KAYSER (1995, p. 69), constataram que em 1995, “cerca de 75% das guarnições [do 8º BPM de Joinville, que prestam APH], tem o curso Auxiliar de Enfermagem e muitos também trabalham em ambientes hospitalares”.

Especificamente em Florianópolis, a enfermagem esteve sempre muito ligada ao APH. CARDOSO et al (199-), “fazendo um registro histórico, resgatam a trajetória da inserção da Enfermagem no Serviço de Atendimento Pré-hospitalar do Corpo de

Bombeiros da Polícia Militar do Estado de Santa Catarina”. As autoras, expõem que a “aproximação à área de atendimento pré-hospitalar deu-se pela sensibilização dos profissionais frente as alarmantes estatísticas de acidentes de trânsito, na Região da Grande Florianópolis, de um lado; e de outro, pela inexistência de uma experiência sistematizada nessa área no currículo de Graduação em Enfermagem da UFSC”.

Constam que “as primeiras aproximações” “na visão dos profissionais de enfermagem da UFSC” ocorreu quando “em março de 1983 a Enfermeira Paula Stela Leite, na ocasião, chefe da Emergência do Hospital Universitário, iniciou sua atuação junto a PMSC, como professora dos cursos de formação de Oficiais e de Sargentos na área de socorros de urgências” (CARDOSO, 199-, p. 2). Na oportunidade, integraram-se a ela outros enfermeiros e, “no período de dezembro de 1984 a fevereiro de 1985, a mesma atuou no programa da Prefeitura Municipal de Florianópolis – OPERAÇÃO VERANEIO – prestando assistência pré-hospitalar” (CARDOSO, 199-, p. 2).

“A partir de 1985 um grupo composto” por diversos profissionais, “juntamente com a enfermeira Paula Stela Leite, começou a discutir e estudar a assistência pré-hospitalar (...) e treinar, no laboratório de reanimação criado no HU, profissionais de saúde e alguns alunos interessados no assunto. Isto deu início a um programa de atendimento pré-hospitalar com acadêmicos de enfermagem e medicina, atendendo 24 horas nas proximidades do hospital. Posteriormente este serviço foi desativado tendo em vista problemas diversos” (CARDOSO, 199-, p. 3).

No entanto, foi somente “em 1994 que as enfermeiras juntamente com um grupo multiprofissional e oficiais do Corpo de Bombeiros (...), retornaram as discussões sobre o atendimento pré-hospitalar” (CARDOSO, 199-, p. 3).

A partir desta retomada de discussões, a enfermagem passa a “operacionalizar suas idéias” através dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) realizados por acadêmicos de enfermagem e supervisionados por enfermeiros que realizam o acompanhamento destes alunos no campo de estágio, ou seja, prestando assistência de enfermagem nas unidades de Auto Socorro de Urgência do Corpo de Bombeiros Militar, sem no entanto obter “qualquer remuneração e/ou vínculo empregatício, valendo-se apenas dos ideais profissionais e muito boa vontade pessoal” (CARDOSO, 199-, p. 3).



Em meu trabalho, a situação com relação à supervisão continua a mesma, pois o CB ainda não dispõe de profissional Enfermeiro em seus quadros para realizar a supervisão de estágios; conta somente, com profissionais de enfermagem de nível médio, profissionalizados a partir do Curso Supletivo de Auxiliar de Enfermagem proporcionado pelo Departamento de Enfermagem da UFSC.

Em 1995, foi realizado o 1º Curso Técnico em Emergências Médicas, promovido pelo Comando do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar de Santa Catarina (CCB/PMSC), em convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina, “o qual contou também, com uma expressiva contribuição da enfermagem através do Departamento de Enfermagem da UFSC, fornecendo professores para o treinamento dos Bombeiros” (KAYSER, 1995, p. 80).

Considerando que muitos destes trabalhos foram realizados em grupos, passaram ao todo pelo SvAPH do Corpo de Bombeiros, dezoito alunos formados na graduação em enfermagem da UFSC. Este fato certamente deixou grandes contribuições para o ensino e a pesquisa realizada por esta universidade e, o que é mais importante, “a presença da enfermagem junto ao Serviço vem deixando contribuições diretas e indiretas, que tem levado a ampliações das ações daquele serviço; contribuições que certamente têm reflexo na sociedade” (CARDOSO, 199-, p. 12).

Foi também “a partir de trabalhos acadêmicos de conclusão de Curso de graduação em Enfermagem, como professora orientadora, que Marta Lenise do Prado, em sua investigação sobre “Caminhos Perigosos: Violência e saúde à luz das ocorrências de trânsito”, aproximou-se do cotidiano do atendimento às ocorrências de trânsito, o que consistiu em mais um forte motivador do tema em questão sobre o qual realizou uma importante pesquisa. Nas palavras da autora: “em geral, estes trabalhos tiveram como objetivo aproximar-se de uma realidade diferenciada, através de um projeto de assistência de Enfermagem, na 8ª Fase do Curso de Graduação. A aproximação com esse campo permitiu um reconhecimento pontual do impacto de tais ocorrências e suas repercussões sobre o indivíduo e a sociedade, apontando para a necessidade de uma atuação mais sistematizada e regular, especialmente no tocante a prevenção dessas ocorrências” (PRADO, 1998, p. 56).

Uma outra aproximação da enfermagem com o APH, deu-se “com a qualificação dos Bombeiros socorristas em Auxiliares de Enfermagem através da



introdução do Curso Supletivo Auxiliar de Enfermagem em 1997” acreditando “que o curso os qualificaria para uma assistência de maior qualidade técnica associada ao conhecimento científico humanístico, contribuindo com isto, numa maior abrangência social” (PADILHA, apud BASTIANI, 2000, p. 4). Certamente que mudanças ocorreram pois, para as referidas autoras, “através da convivência de três anos com os Bombeiros Socorristas, como Enfermeiras Facilitadoras do Curso Supletivo Auxiliar de Enfermagem da UFSC, foi possível perceber as mudanças que ocorreram após a profissionalização destes Bombeiros em Auxiliares de Enfermagem em algumas ocorrências que participamos e também através de relatos dos mesmos sobre estes atendimentos pré-hospitalares” (BASTIANI, 2000, p. 4). No entanto não podemos negar que estes cursos ainda estão pouco voltados para a realidade exigida pelo ambiente extra-hospitalar, sobremaneira para o APH que necessita de “um corpo profissional dotado de conhecimentos e habilidades específicas, no desenvolvimento de ações interativas no processo de cuidar de seres humanos, dentro do contexto sócio-cultural em que se insere, buscando torná-lo mais justo e humanizado” (MEURER, apud BASTIANI, MULLER, 2000, p. 6).

### **3.11 - A ÉTICA NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Durante a construção deste trabalho levei sempre em conta sobretudo o Código de Ética dos profissionais de enfermagem, sempre procurando uma assistência a partir do referencial teórico que escolhi. Além disto, procurei respeitar as normas e rotinas pré-estabelecidas através dos protocolos utilizados pelas guarnições de APH do Corpo de Bombeiros.

Tão importante quanto a técnica e o conhecimento científico é a ética em atendimento pré-hospitalar.

As condições de cidadão da vítima – que se encontra no momento da urgência / emergência, muitas vezes incapacitada de decidir sobre suas ações –, deve ser reconhecida e respeita pelos profissionais que prestam o serviço de APH.

“De nada adiantaria um procedimento técnico bem realizado se a conduta dos profissionais do serviço APH não for a mais acertada. Nossas, palavras, gestos e atitudes devem ser pautadas no rigor ético e moral. Comentários desnecessários devem ser suprimidos. A vida desde a concepção até a morte deve ser respeitada.

Devemos resguardar o pudor feminino e masculino, garantido a privacidade de nossos clientes. Respeitando condições sociais, econômicas e religiosas de cada indivíduo, evitando julgamento e ações preconceituosas” (BAPTISTA, 2002).

O profissional [com formação na área da saúde] que trabalha com APH nesta instituição, está submetido a duas hierarquias: uma militar e outra civil, que devem estar concernentes entre si, pois as ações dos profissionais estão delimitadas tanto pelo código de ética profissional (civil) e suas respectivas regulamentações do exercício legal da profissão, quanto pelo regulamento disciplinar [e legislações penais] da estrutura militar (Martins, 2001).

## **IV - MARCO CONCEITUAL**

### **4.1 - TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE HORTA**

Para assistir o cliente e sua família que se encontram em estado de emergência no ambiente pré-hospitalar, vivenciando um acontecimento súbito, inesperado e que ameaça a vida, o marco conceitual, por mim escolhido é entendido como a elaboração mental organizada, inter-relacionado logicamente entre os vários conceitos da teoria de Wanda Aguiar Horta, tendo a finalidade de direcionar as ações do enfermeiro.

Sendo o atendimento pré-hospitalar um serviço em que o cliente se encontra na maioria das vezes, em risco de vida e nesta situação perde o controle da sua posição perante as decisões e encontra suas necessidades psicobiológicas e/ou psicossociais e/ou psicoespirituais abaladas, resolveu-se por esse motivo, trabalhar com o marco conceitual de Horta.

### **4.2 - CONCEITO**

Conceitos são representações mentais e gerais de determinadas realidades; mentais porque não é a realidade em si mesma, mas uma imagem mental dela; são representações gerais, porque contêm características de determinada classe da realidade, como, por exemplo, livro, sentimento, ser humano e assim por diante (TRENTINI, PAIM, 1999, p. 56).

Para Torres, apud Sasso (1994), significam palavras que descrevem objetos, propriedades ou acontecimentos e constróem os componentes básicos da teoria.



## • ENFERMAGEM

Horta (1979) coloca que Enfermagem é a ciência e arte de assistir o ser humano no atendimento de suas NHB, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde, em colaboração com outros profissionais. Ainda caracteriza o ato de assistir em Enfermagem como Fazer, Ajudar, Orientar, Supervisionar e Encaminhar (FAOSE).

Enfermagem em emergência pré-hospitalar pode ser considerada uma ciência que tem como objetivo o assistir sistematizado e dinâmico. Para que ocorra a Enfermagem, há necessidade de existir enfermeiros com um olhar humanizado, ou seja, enxergando o outro como um todo, realizando seus atos com um subsídio científico, buscando sempre o conhecimento e aprimorando seus procedimentos.

## • SER HUMANO

“O ser humano é dotado da capacidade de pensar, e potencializar forças para enfrentar situações de estresse e ser influenciado por uma variedade de forças internas e externas. É uma pessoa multi-dimensional composta por variáveis filosóficas, psicológicas, sócio-culturais e de desenvolvimento espiritual. Possui características de sobrevivência, inerentes à espécie” (SASSO, 1994).

## • SAÚDE

“A saúde é o processo que vai além do equilíbrio homeostático, ou seja, ausência de doença. Para tal o homem necessita de condições que promovam o bem estar físico, psíquico e social em seu viver saudável. São os conjuntos de fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais. Isto implica dizer que existem pré condições que levam o indivíduo à uma situação de emergência” (ERDTMANN, MOCELLIN, VIEIRA, 1994).

- MEIO AMBIENTE

Sasso (1994) coloca que “o meio compreende as condições, circunstâncias e/ou influências internas e externas que permeiam e afetam o desenvolvimento e o comportamento do ser humano e influenciam no aparecimento de situações de crises situacionais, assim como a mobilização de recursos positivos ou negativos para enfrentar e compreender a situação. Pela influência do meio, a crise situacional pode representar ameaça intensa pelo efeito negativo sobre a saúde do ser humano”.

Ambiente interno: são as características fisiológicas, psicológicas e sociais que nascem com o indivíduo ou são absorvidos com o passar do tempo, como parte de si mesmo.

Ambiente externo: é tudo aquilo que não faz parte do indivíduo, mas que pode influenciar seu modo de ser, pensar, agir e reagir. Pode influenciar o ambiente interno.

O ambiente é imprescindível pois, depende como acontecem os fatos e o transporte, visando o socorro, as pessoas irão reagir de forma positiva ou negativa. Então em um momento crítico, como por exemplo, um resgate rodoviário, se a equipe não estiver tranqüila, confiante e repassar sentimentos positivos para o cliente, este provavelmente ficará ainda mais apreensivo. Através disto, observamos a necessidade de interagir com o cliente e transmitir tranqüilidade, segurança para este poder permanecer o mais estável possível.

- EMERGÊNCIA / URGÊNCIA

Para Drummond (1999), “emergência implica sempre uma situação crítica, que coloca uma vítima em perigo e obriga uma ação para revertê-la”.

Gomes (1994) diz que “emergência são agravos a saúde que põem em risco determinadas funções vitais que, com o passar do tempo, diminuem temerariamente sua chance de eventual recuperação. E urgência são agravos a saúde que

necessitam de assistência imediata, mas que não há perigo iminente de falência de qualquer de suas funções vitais”.

Ferreira (1986) conceitua emergência como “uma situação crítica. Neste caso, devido a esta situação crítica e este estudo pretende focalizar a emergência pré-hospitalar, o atendimento acontece fora do ambiente hospitalar, ou seja, antes que o cliente chegue ao mesmo, implicando um cuidado coerente com a situação deste”.

#### • EQUIPE DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

São profissionais de diferentes formações, na área da saúde, ou seja, formam uma equipe multidisciplinar, sendo que cada membro possui uma função, mas que devem agir em conjunto e de forma sincronizada e objetivando um atendimento eficaz e de qualidade, em que muitas vezes há necessidade de focar, também, a família do cliente e não somente este.

A equipe deve receber treinamentos contínuos, além de atualizar seus conhecimentos científicos constantemente.

Por este trabalho muitas vezes para enfrentar cenas de violência ou de óbitos, existe a necessidade de um amparo psicológico, de gerenciamento do estresse.

#### • EDUCAÇÃO

“É uma prática transformadora” como diz Freire (1998). Para educar, é preciso apreender a realidade, para sermos capazes de transformá-la. O processo educativo consiste em compreender que a realidade é algo inacabado, que pode ser melhorado. Os envolvidos nesse processo desenvolvem sua criatividade e imaginação para buscar caminhos aos problemas que encontram.



V - METODOLOGIA

*“Não esqueça, aquele homem deitado no  
chão, sem nem mesmo poder falar para  
dizer seu próprio nome, um dia poderá ser  
você.”  
(Aldo Baptista Neto)*

O objetivo geral do estudo foi planejar, executar e avaliar a assistência de enfermagem de urgência / emergência ao cliente em suas necessidades humanas básicas fundamentado em Horta, no ambiente pré-hospitalar.

| OBJETIVOS   | ESTRATÉGIAS   | AVALIAÇÃO   |
|---|---|---|
| Planejar, executar e avaliar a assistência de enfermagem em nível de urgência / emergência ao cliente no ambiente pré-hospitalar. | Assistir ao cliente em suas necessidades humanas básicas, através da construção de um Instrumento de Assistência de Enfermagem fundamentado em Horta e no método mnemônico do ATLS, no ambiente pré-hospitalar. | Ter acompanhado a equipe do Auto Socorro de Urgência em pelo menos 40 atendimentos de urgência / emergência durante o período de estágio. |

| OBJETIVOS   | ESTRATÉGIAS   | AVALIAÇÃO   |
|---|---|---|
| Conhecer o comportamento do cliente no momento de urgência / emergência no período da assistência pré-hospitalar;                       | Levantar informações através dos dados registrados no Instrumento de Assistência de Enfermagem; | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter construído o Instrumento de Assistência de Enfermagem;</li> <li>- Ter aplicado o Instrumento de Assistência de Enfermagem com pelo menos 10 clientes.</li> </ul> |
| Verificar se o atendimento de enfermagem prestado ao cliente no momento de urgência / emergência contempla os aspectos biopsicosociais. | Levantar informações através dos dados registrados no Instrumento de Assistência de Enfermagem; | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter construído o Instrumento de Assistência de Enfermagem;</li> <li>- Ter aplicado o Instrumento de Assistência de Enfermagem com pelo menos 10 clientes.</li> </ul> |

| OBJETIVOS   | ESTRATÉGIAS  | AVALIAÇÃO  |
|---|--|--|
| <p>Identificar o atendimento de enfermagem prestado ao cliente após o momento de urgência / emergência, para o retorno a sociedade.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Construir um roteiro de entrevista e aplicar aos clientes assistidos no Domicílio ou durante a internação hospitalar;</li> <li>- Levantar informações através da observação e informações registradas no Roteiro para Entrevista do Cliente no Domicílio ou Durante a Internação Hospitalar, no horário de visita.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter construído o Roteiro para Entrevista do Cliente no Domicílio ou Durante a Internação Hospitalar, no horário de visita;</li> <li>- Ter aplicado Roteiro para Entrevista do Cliente no Domicílio ou Durante a Internação Hospitalar, no horário de visita com pelo menos 4 clientes.</li> </ul> |
| <p>Conhecer a organização do serviço de atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina.</p>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descrever de onde vem os recursos financeiros e materiais para manter o atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar de SC;</li> <li>- Listar o equipamento e estrutura do serviço de atendimento pré-hospitalar.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter obtido informações sobre a origem dos recursos financeiros e materiais junto ao Corpo de Bombeiros Militar de SC;</li> <li>- Ter obtido uma listagem dos materiais e equipamentos ASU.</li> </ul>   |



| OBJETIVOS   | ESTRATÉGIAS  | AVALIAÇÃO  |
|---|--|--|
| Desenvolver atividades de ensino junto a acadêmicos de enfermagem.                    | Ministrar aula teórico-prática da disciplina Enfermagem em Primeiro Socorros, no curso de Enfermagem UFSC.   | Ter ministrado a aula teórico-prática da disciplina Enfermagem em Primeiros Socorros, junto aos alunos de enfermagem.  |
| Desenvolver atividades de ensino junto ao Clube de Desbravadores de Florianópolis-SC. | Ministrar aula teórico-prática da Especialidade de RCP junto a Diretoria do Clube.   | Ter ministrado a aula teórico-prática da Especialidade de RCP, junto a Diretoria do Clube.   |
| Ampliar conhecimento e desenvolver habilidade necessária para realizar as atividades. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar visita no Serviço de Atendimento Médico de Urgência da cidade de Porto Alegre-RS, identificando e fazendo uma relação entre os diferentes serviços dessa natureza existente no Brasil;</li> <li>- Obter um maior número de literatura para ampliar o conhecimento científico;</li> <li>- Participar da VI Semana de Enfermagem SAMU-SP a ser realizado na cidade de São Paulo-SP;</li> <li>- Participar do SEPEX a ser realizado na UFSC.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter realizado a visita junto ao SAMU-RS, fazendo uma relação entre os diferentes serviços dessa natureza existente no Brasil;</li> <li>- Ter ampliado a revisão de literatura;</li> <li>- Ter participado da VI Semana de Enfermagem SAMU-SP;</li> <li>- Ter participado do SEPEX na UFSC.</li> </ul> |

A avaliação procurou ser qualitativa, fundamentada na pesquisa convergente-assistencial, conforme proposta por Trentini, Paim (1999). “A pesquisa convergente-assistencial mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudança e introduzir inovações na situação social; comprometendo-se com a melhoria direta do contexto social pesquisado” (TRENTINI, PAIM, 1999, p. 26).

Ao prestar esta assistência de enfermagem vivenciei o atendimento pré-hospitalar, estando ao lado e prestando assistência de enfermagem baseada na teoria de Horta e no método mnemônico ABCDE do ATLS, sempre tendo em mente que não só suas necessidades psicobiológicas foram afetadas mas também suas necessidades psicossociais e psicoespirituais, “sendo que todas estas necessidades estão intimamente inter-relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo, o ser humano” (HORTA, 1979, p. 40).

O público alvo foram as vítimas atendidas pelo atendimento pré-hospitalar do Auto Socorro de Urgência do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, que estão com suas necessidades humanas básicas afetadas, segundo Horta, durante o período de estágio.

O estágio se deu entre os dias 12 de Junho à 9 de agosto do ano de 2002.

O método de coleta de informações foi o de entrevista semi-estruturada através do Instrumento de Assistência de Enfermagem (ANEXO 9) aliado a observação e ao Roteiro de Entrevista Domiciliar (ANEXO 10) para registro de informações sobre a reabilitação, buscando saber como se dá o retorno deste cliente à sociedade. O registro das informações deu-se em forma de “diário de campo”,....”incluindo idéias, dúvidas, sentimentos, reações, erros e acertos, problemas, dificuldades e facilidades que surgiram durante a coleta de informações” (TRENTINI, PAIM, 1999, p. 92).

## VI - RELATÓRIO DE EXPERIÊNCIA

*“São demais os perigos desta vida.”*

*(Vinícius de Moraes e Toquinho)*

### 6.1 – PLANEJAR, EXECUTAR E AVALIAR A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM NÍVEL DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA AO CLIENTE NO AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR

O estágio no Auto Socorro de Urgência (ASU) do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC), localizado no bairro Estreito da cidade de Florianópolis, possibilitou a realização da assistência de Enfermagem às vítimas em situações de urgência / emergência, no ambiente pré-hospitalar, que compreende o atendimento no local da ocorrência e durante a remoção à emergência hospitalar mais próxima ou de referência para o respectivo quadro clínico.

Alguns dos procedimentos realizados incluíam:

Avaliação inicial (ABCDE da vida) ⇒ Seguindo este método de atendimento, procurei identificar e corrigir imediatamente as falhas nos sistemas respiratório e/ou cardiovascular, que ameaçavam de forma imediata a vida da vítima.

1. Dimensionava a cena da emergência, obtendo informações rápidas sobre:
  - A cena, a vítima e testemunhas;
  - Mecanismo agressor;
  - Dimensionamento dos meios que serão utilizados.
2. Verificava as condições de segurança:
  - Solicitava reforço necessário;
  - Gerenciava os riscos identificados ou suspeitados;
  - Sinalizava e isolamento da cena.



3. Conferia equipamento de proteção individual.
4. Verificava o nível de consciência.
5. Realizava o ABCDE:
  - A. Abria as vias aéreas superiores, preservando a coluna cervical (estabilização mecânica);
  - B. Avaliava respiração (vendo, ouvindo e sentindo, em quantidade e qualidade suficiente, utilizando como parâmetros profundidade e frequência);
  - C. Avaliava circulação (pulso carotídeo: avaliando rapidamente a qualidade e verificando presença de grandes hemorragias externas ou internas que ameaçavam a vida).
  - Inspeccionava parte anterior e posterior do pescoço, mensurava o colar cervical e aplicava;
  - D. Estabelecia o status neurológico do paciente (Alerta, responde a estímulo Verbais, responde a estímulo Dolorosos e Irresponsável) e status de remoção (Crítico, Instável, Potencialmente instável e Estável);
  - E. Expunha a vítima tanto quanto necessário para identificar lesões importantes que ameaçavam a vida.

Na seqüência realizava os seguintes procedimentos:

Entrevista ⇨ Exame subjetivo, era realizado obtendo o nome da vítima, local da ocorrência, Registro Geral e utilizando as questões SAMPLE (Sintomas, Alergias, Medicamentos de uso habitual, Passado Médico, Líquidos e alimentos ingeridos recentemente, Eventos relacionados ao trauma). Com essas e outras informações do exame físico fazia o relatório do APH em duas vias, que habitualmente é preenchido pelo comandante da guarnição durante o atendimento e o deslocamento para o hospital. No momento da entrega da vítima no hospital, uma via fica com a vítima / hospital e a outra, após carimbada e assinada por representante do hospital, é arquivada pela guarnição.

Observei que no atendimento com base neste relatório, a vítima era segmentada, tendo suas necessidades sociais e espirituais deixadas de lado. Por

isso adicionei alguns itens na ficha de avaliação já existente no CB e tive a oportunidade de aplicar em 10 ocorrências. Observei também, que se fosse um sistema mais integrado com o ambiente hospitalar, estas informações seriam de grande valia para uma análise melhor do cliente, pois muitas vezes nós entramos em contato com a verdadeira realidade em que este vive.

Exame físico ⇒ Exame objetivo, realizava após a avaliação inicial de forma ordenada e sistematizada (céfalo-caudal), através da inspeção visual e palpação, buscando identificar possíveis lesões.

Aferição e monitorização de sinais vitais ⇒ Realizava a aferição dos sinais vitais, através do uso de equipamentos como esfigmomanômetro e estetoscópio para aferir Pressão Arterial, oxímetro de pulso para medir Saturação de O<sub>2</sub> e Frequência cardíaca e a percepção tátil para verificação relativa de temperatura e verificar os movimentos respiratórios. Observei que em algumas ocorrências esta monitorização não se dava de forma completa, pois os socorristas achavam desnecessário a realização desta técnica em sua íntegra em certas ocorrências.

Aspiração ⇒ Realizava aspiração que se dava através da utilização da fonte canalizada a vácuo com aspirador fixo no ASU, e utilizava sonda de aspiração conectada no intermediário.

Oxigenioterapia ⇒ Este procedimento era realizado através de máscara facial com reservatório de O<sub>2</sub> em forma de saco, sendo que tinha fonte de oxigênio canalizada fixo no ASU e portátil. De acordo com o protocolo do CBMSC a oxigenioterapia é indicada para todos os casos de trauma (12 a 15 litros/minuto) e clientes com problemas respiratórios, cardíacos e estado de choque. Na maioria das vezes o oxigênio não era umidificado por se tratar de pouco tempo para o seu uso no cliente, mas quando o deslocamento era muito demorado era fluidificado com Soro Fisiológico.

Parto emergencial ⇒ Realizei este procedimento apenas uma vez no período de estágio. No ASU possui um Kit de Parto estéril para uso no APH.

Curativos ⇒ Realizei em diversas ocorrências, curativos simples que consiste na limpeza do ferimento com gaze estéril e soro fisiológico, cobertura com campo esterilizado e fixado com ataduras de crepom, ou em ferimentos mais graves curativo compressivo que tem como objetivo o controle de hemorragias. Muitos dos



curativos apresentavam uma certa dificuldade em ser realizados devido a posição da vítima, a gravidade, o espaço físico, a extensão e localização do ferimento algumas vezes dificultaram o procedimento.

Imobilização ⇨ Realizava após o exame físico quando havia suspeita de fratura, luxação ou entorse. Quando possível o membro era alinhado e fixado com talas moldáveis e atadura de crepon. Entretanto, cuidados específicos eram tomados em relação à coluna vertebral, onde era rotina a imobilização de coluna cervical com colar e o restante da coluna vertebral em maca rígida.

Uso de E.P.I. ⇨ Usava equipamento de proteção individual (luvas de procedimento, máscara, óculos e colete reflexível).

Assepsia médica / cirúrgica ⇨ Usava alguns materiais estéreis – como o Kit de Parto - e outros não – como gaze, esparadrapo, tala moldável, entre outros. Eles tinham muito cuidado com a lavagem das mãos. A desinfecção do ASU tinha um dia específico (Segunda-feira) sendo que o ASU ficava fora de serviço e todos os equipamentos eram retirados seu interior para limpeza e desinfecção. Além dessa limpeza / desinfecção semanal, há a rotina onde sempre após cada ocorrência alguns materiais usados eram limpos com álcool e outros com presença de sangue ou secreções eram levados para uma limpeza manual e deixados de molho em solução de *Hipoclorito de sódio* e após lavados em água corrente.

Reanimação cardio-respiratória (RCR) ⇨ Quando na ausência de sinais vitais iniciávamos a reanimação cárdio-respiratória. Geralmente é executada por 2 socorristas, sendo esta uma medida básica de emergência, destinada a manter a circulação e oxigenação do corpo através da aplicação de respiração artificial (através do ressuscitador manual) e de compressões torácica externa, numa razão de 15 por 2 com ritmo de 100 por minuto para adultos.

Na maioria das vezes foi necessário somente, a ventilação artificial, sendo que a vítima tinha presença de batimentos cardíacos.

O ASU conta com um Desfibrilador Externo Automático (DEA) que nos casos de parada cárdio-respiratória os eletrodos descartáveis eram fixados na vítima e iniciava-se a avaliação da vítima pelo DEA sendo que se necessário o aparelho indicava automaticamente o choque, caso houve um ritmo cardíaco onde o procedimento seja recomendado.



Uma vez iniciada a RCR, caso não houvesse êxito, a reanimação era realizada durante o transporte até a chegada no hospital, sendo informado através do COBOM para acionar a emergência.

Contato com COBOM ⇨ A guarnição mantém contato via rádio, onde através de códigos (ANEXO 16) era feita a comunicação passando informações ou muitas vezes solicitando mais informações sobre a ocorrência, como natureza da ocorrência, situação da(s) vítima(s), quantidade e localização.

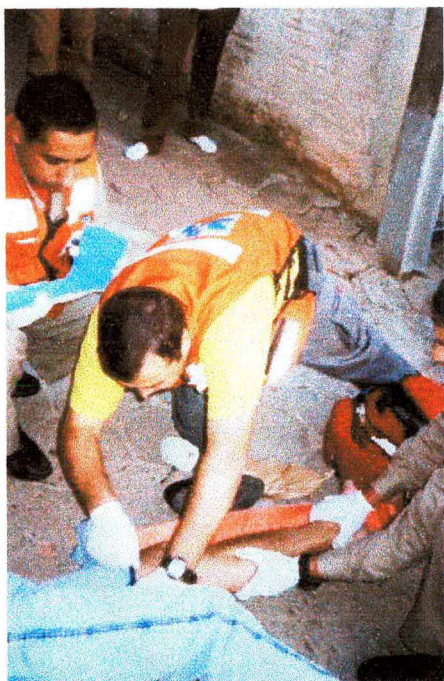
Durante esta prática assistencial, foi possível realizar procedimentos de Enfermagem nos mais diversos lugares extra-hospitalar, tais como: via pública, casa, apartamento, carro, ônibus, academias, dentre outros, tornando-se muitas vezes complicado o acesso às vítimas, devido barreiras físicas e/ou ambientais. Essa diversidade de ambientes em que se dá a assistência é o que caracteriza o APH.

As vivências foram as mais diversas, desde um simples atendimento a uma vítima com ferimento abrasivo até cenas como um acidente de moto com uma bicicleta com 3 vítimas, onde foi necessário presença de três ASUs para prestar o atendimento a cada uma delas. Muitas vezes dependendo do tipo de ocorrência, os atendimentos geravam sentimentos opostos na equipe de atendimento pré-hospitalar; por exemplo, de um lado o choque causado pela brutalidade de uma ocorrência onde um rapaz de 20 anos foi assassinado com três tiros, sendo que um acertou na região frontal do crânio, gerando um certo estresse na equipe, por outro lado a gratificante oportunidade de realizar um parto emergencial, trazendo à vida um lindo menino, compartilhada entre os membros da equipe com muito orgulho.

Entendo que o estresse “é um estado produzido por uma mudança no ambiente que é percebido como desafiador, ameaçador ou perigoso para o balanço ou equilíbrio dinâmico da pessoa. A mudança ou estímulo que desperta este estado é o estressor” (SMELTZER, 1999, p. 93). Muitos são os estressores durante estes atendimentos, os quais iniciam na própria espera pela ocorrência e continua durante o acionamento do alarme da base, no deslocamento para a ocorrência com a ambulância em alta velocidade, no som da sirene, nas luzes do Giroflex, no local do atendimento muitas vezes chovendo, com curiosos ao redor, com os riscos de um outro acidente envolvendo-nos e com riscos de contaminação. O local de difícil



acesso à vítima, o próprio estresse e a monitorização dela durante o transporte dentro de uma ambulância que muitas vezes não proporciona uma boa ergonomia para a equipe, são todos estressores que afetam a qualidade de vida e do atendimento à vítima pela equipe de atendimento pré-hospitalar.



**Foto1.** Realizando imobilização.



**Foto2.** Segurando o RN após o parto de emergência.

Pude perceber que boa parte da equipe de atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros, já possui, além da formação de “Socorrista” (ANEXO 1), cursos na área de Enfermagem como o de Auxiliar de enfermagem e Técnico de enfermagem. Estes cursos têm para os bombeiros importante significado para eles, pois, facilita o atendimento e melhora a qualidade deste propiciando um entrosamento maior com a equipe hospitalar tal como foi citado num manifesto (ANEXO 14) escrito pelos próprios socorristas a meu pedido.



**Foto3.** Prevenção no jogo de futebol.

A quantidade de atendimentos que pretendia fazer foi alcançada, totalizando 54 atendimentos direto às vítimas, sendo que a diversidade desses atendimentos também foi importante para minha formação profissional, pois exigiu uma enorme gama de conhecimentos, levando-me muitas vezes a revisava certas patologias e seus respectivos cuidados de Enfermagem.

**QUADRO 01 – Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares segundo natureza da ocorrência, provável quadro clínico, sexo, idade e destino. ASU – 67 do CBMSC. Florianópolis – 17 de junho a 12 de agosto de 2002 (período de estágio).**

| Natureza da ocorrência | Diagnóstico clínico provável   | Sexo | Idade | Destino |
|------------------------|--|------|-------|---------|
| Clínico                | Síndrome abstinência alcoólica   | M    | 49    | HF      |
| Clínico                | Neurológico (crise convulsiva)   | F    | 57    | HRSJ    |
| Atropelamento moto     | – Escoriações na cabeça e face, fratura exposta tíbia e fíbula esquerda          | M    | 42    | HRSJ    |
| Clínico                | Mal súbito (desmaio, dor região frontal cabeça e sudorese)                       | M    | 52    | HF      |
| Acidente – moto        | Escoriações em Membros Superiores e (MMSS) e Membros Inferiores (MMII)           | M    | 21    | HRSJ    |
| Queda nível aprox. 2m  | – Inconsciência, ferimento contuso edemaciado na região occipital e odor etílico | M    | 44    | HRSJ    |



| Natureza da ocorrência | Diagnóstico clínico provável  | Sexo | Idade | Destino |
|------------------------|---|------|-------|---------|
| Clínico                | Mal súbito (hipotensão arterial, taquipnéia, taquicardia, hipóxia, anasarca, equimose em MMSS, MMII e abdome)     | F    | 63    | HRSJ    |
| F.A.F                  | Ferimento perfurante em MSE, penetrante em região pélvica direita e avulsão parcial do dedo mínimo da mão direita | M    | 31    | HRSJ    |
| Tentativa suicídio     | Desorientação, referiu ter ingerido grande quantidade de medicamentos   | F    | 35    | Ñ / C*  |
| Atropelamento carro    | – Óbito no local (Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) aberto)   | F    | 61    | Ñ / C*  |
| Clínico                | Neurológico (crise conversiva)  | M    | 31    | HF      |
| Acidente – moto        | Escoriações em Membro Inferior Direito (MID)  | M    | 32    | HF      |
| Atropelamento moto     | – Escoriações cabeça, face, MMSS e MMII   | M    | 37    | HRSJ    |
| Acidente – carro       | Ferimento contuso na região frontal da cabeça, com suspeita de TCE  | F    | 17    | HRSJ    |
| Acidente – carro       | Escoriações na cabeça, face e MIE   | M    | 45    | HRSJ    |
| Atropelamento moto     | – Escoriações na cabeça e MSD, ferimento lacerante em MID e suspeita de fratura em MID (fêmur)                    | F    | 15    | HCR     |

| Natureza da ocorrência | Diagnóstico clínico provável   | Sexo | Idade | Destino |
|------------------------|--|------|-------|---------|
| Clínico                | Obstétrico (trabalho de parto, com nascimento no local)  | F    | 34    | HRSJ    |
| Acidente – moto        | Escoriações em MSE   | M    | 47    | Ñ / C*  |
| Acidente – moto        | Escoriações em MIE   | M    | 20    | HF      |
| Clínico                | Cardíaco (Inconsciente, sinais vitais instáveis com provável quadro de Infarto Agudo do Miocárdio – IAM) | M    | 34    | HRSJ    |
| Atropelamento carro    | – Epistaxe, suspeita fratura em MSD e MIE  | M    | 57    | HF      |
| Clínico                | Respiratório (Histórico de bronquite asmática e enfisema pulmonar)                                       | M    | 78    | HF      |
| Atropelamento carro    | – Escoriações em região frontal da cabeça e mão esquerda, fratura em MIE (tíbia e fíbula)                | M    | 29    | HRSJ    |
| Acidente – moto        | Luxação em tornozelo direito   | M    | 32    | HRSJ    |
| Clínico                | Translado (Respiratório)   | F    | 89    | HF      |
| Clínico                | Respiratório   | M    | 70    | HRSJ    |
| Clínico                | Respiratório (Episódio de vômito e desmaio com histórico de bronquite asmática e enfisema pulmonar)      | M    | 76    | HF      |
| Queda próprio nível    | Ferimento lacerante na região frontal da cabeça e edema com hematoma acima do olho esquerdo)             | M    | 52    | HF      |

| Natureza da ocorrência    |  | Diagnóstico clínico provável   | Sexo | Idade | Destino |
|---------------------------|--|--|------|-------|---------|
| Acidente mergulho piscina |  | – Referia dor na região da coluna em com suspeita de fratura em vértebra torácica ao exame físico  | F    | 13    | HRSJ    |
| Queda nível aprox. 4m     |  | – Fratura exposta em MIE (tíbia e fíbula) e presença de odor etílico   | M    | 32    | HF      |
| Clínico                   |  | Mal súbito (referia tontura e hipertensão)   | F    | 62    | Ñ / C*  |
| Acidente – carro          |  | Suspeita luxação articulação do joelho direito, referindo dor na região pélvica e fêmur  | F    | 33    | HRSJ    |
| Acidente - carro          |  | Hematoma e edema em região frontal do crânio e suspeita de fratura de septo nasal  | M    | 6     | HRSJ    |
| Clínico                   |  | Mal súbito (apatia após ter ingerido alguns medicamentos)  | F    | 30    | HRSJ    |
| Acidente – moto           |  | Escoriações em MIE   | M    | 20    | Ñ / C*  |
| Acidente – moto           |  | Desorientação, ferimento lacerante na cabeça com TCE aberto, fratura exposta em mão esquerda, ferimento lacerante em MID e ferimento abrasivo em MID | M    | 70    | HRSJ    |
| Acidente – carro          |  | Escoriações na face e suspeita de fratura de vértebra torácica ao exame físico   | M    | 68    | HRSJ    |



| Natureza da ocorrência | Diagnóstico clínico provável  | Sexo | Idade | Destino |
|------------------------|---|------|-------|---------|
| Atropelamento moto     | – Escoriações na face e suspeita de fratura em MIE (tíbia e fíbula)   | F    | 7     | HIJG    |
| Acidente caminhão      | – Escoriações com edema em região frontal da cabeça, suspeita de luxação em MSE (ombro), fratura em MID (fêmur, tíbia e fíbula) e escoriações em MID (pé) | F    | 10    | HRSJ    |
| Acidente caminhão      | – Escoriações em face, luxação em MSE (cotovelo) e edema em MID (tornozelo)   | F    | 36    | HRSJ    |
| Queda do próprio nível | Suspeita de entorse em MID (tornozelo)  | F    | 12    | HIJG    |
| Acidente – carro       | Referindo dor no tórax  | F    | 53    | HGCR    |
| Acidente – carro       | Confuso, parecia e referindo dor na coluna cervical. Histórico de TCE a aproximadamente um ano  | M    | 24    | HGCR    |
| Clínico                | Neurológico – AVC (cianose, hipóxia e taquipneia)   | M    | 52    | HF      |
| F.A.F                  | Óbito no local (F.A.F perfurante em região frontal do crânio, tórax esquerdo e penetrante em MID (fêmur)  | M    | 20    | Ñ / C   |
| Acidente – moto        | Escoriações em MIE (joelho)   | M    | 20    | HRSJ    |
| Atropelamento moto     | – Hematoma em região occipital  | F    | 33    | HRSJ    |

| Natureza da ocorrência | Diagnóstico clínico provável   | Sexo | Idade | Destino |
|------------------------|--|------|-------|---------|
| Clínico                | Translado (Câncer generalizado)  | F    | 41    | HC      |
| Atropelamento moto     | – Suspeita de fratura em MID (tíbia e fíbula)  | M    | 24    | HF      |
| F.A.F                  | F.A.F perfurante em MSD (mão) e penetrante em região glútea esquerda   | M    | 22    | HRSJ    |
| Acidente - carro       | Inconsciência, odor etílico, TCE aberto, ferimento lacerante em região frontal, parietal e occipital da cabeça, ferimentos abrasivo na face, fratura de septo nasal e MID (tíbia e fíbula) | M    | 45    | HRSJ    |
| Queda próprio nível    | Ferimento lacerante em região frontal da cabeça  | M    | 40    | HF      |
| Clínico                | Respiratório (Dispneia que evoluiu para parada respiratória. História de bronquite asmática)   | F    | 72    | HF      |

\* Não conduzido.

Devo salientar que este conjunto de dados acima citados, não representam a totalidade das ocorrências atendidas pelo ASU – 67 no período compreendido, pois estes dados foram coletados somente durante o turnos de estágio, com intuito de mostrar as ocorrências em que participei do atendimento.

Nas ocorrências em que houve óbito no local, eram tomados os seguintes procedimentos:

- Se o óbito foi de natureza clínica denominada de “morte natural”, a família era orientada para entrar em contato com o Serviço de Verificação de

Óbitos (SVO) localizado no Hospital Infantil Joana de Gusmão que funciona 24 horas por dia, e também com a funerária para fazer a condução do cadáver. O SVO também pode acionar a funerária de plantão que dispõe de concessão pela respectiva prefeitura onde ocorreu o óbito e esta faz a condução. Caso a vítima fosse portadora de doença crônica e estivesse sob tratamento médico, há algum tempo, o médico responsável pode ser contatado para liberar o atestado de óbito, já que a *causa mortis* (de base) é conhecida. O SVO faz a autópsia e emite a declaração de óbito em até seis horas após o óbito.

- Se o óbito foi por causas externas ou “morte violenta”, o fato é comunicado à Polícia Civil que se responsabiliza em acionar o Instituto Médico Legal (IML) e fazer a perícia técnica – exame, que tem o objetivo ou finalidade de esclarecer algum fato de interesse da justiça. No entanto, em ambas situações a equipe não dispõe de amparo legal para estes procedimentos que se fundamentam na constatação do óbito, portanto, teoricamente teria que efetuar o transporte de “cadáveres”, pois, como não é possível legalmente afirmar o óbito, pode-se ter aí, complicações decorrentes, para equipe, por exemplo: omissão de socorro (caso sejam tomados os procedimentos citados acima) ou até mesmo, alteração da cena de um crime (no caso do “cadáver” ser removido), dificultando a perícia técnica.

#### 6.1.1 - LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DOS CLIENTES ATENDIDOS DURANTE O PERÍODO DE ESTÁGIO

Conforme Oliveira, et al, (2000, p. 1), “na organização de sistemas de atenção às urgências / emergências, temos como elemento primordial o diagnóstico das necessidades da população, baseado em indicadores de saúde e dados de morbidade e mortalidade numa determinada área geográfica.” Também de acordo com Prado (1998, p. 59), “o acesso às informações podem contribuir para o desenvolvimento do conhecimento e, por conseguinte, uma melhor adequação das políticas públicas e melhoria da assistência à saúde...”.

Para trabalhar a prevenção em APH teríamos que trabalhar com um tripé, que é: a epidemiologia, a biomecânica que seria necessário mudar através da indústria –



sendo este atualmente o menos trabalhado mas que daria um maior resultado –, e por último o comportamento da sociedade – sendo atualmente o mau trabalhado porém com os menores resultados, como por exemplo as pessoas sabem que faz mal fumar mas muitas fumam.

**TABELA 1 – Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares segundo a Natureza da ocorrência. ASU – 67 do CBMSC. Florianópolis – 17 de junho a 12 de agosto de 2002 (período de estágio).**

| <b>Natureza da ocorrência</b>     | <b>Sub total</b> | <b>%</b>   |
|-----------------------------------|------------------|------------|
| Clínico – respiratório            | 6                | 11,1       |
| Clínico – síndrome de abstinência | 1                | 1,9        |
| Clínico – neurológico             | 3                | 5,5        |
| Clínico – mal súbito              | 4                | 7,4        |
| Clínico – cardíaco                | 1                | 1,9        |
| Clínico – câncer                  | 1                | 1,9        |
| Clínico – obstétrico              | 1                | 1,9        |
| Atropelamento – carro             | 3                | 5,5        |
| Atropelamento – moto              | 6                | 11,1       |
| Acidente – caminhão               | 2                | 3,7        |
| Acidente – carro                  | 8                | 14,8       |
| Acidente – moto                   | 8                | 14,8       |
| Acidente – mergulho em piscina    | 1                | 1,9        |
| Queda nível – própria altura      | 3                | 5,5        |
| Queda nível                       | 2                | 3,7        |
| F.A.F.                            | 3                | 5,5        |
| Tentativa de suicídio             | 1                | 1,9        |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>54</b>        | <b>100</b> |

Através desta tabela podemos observar que as ocorrências que têm como natureza as causas externas (68,4 %) são maiores que os casos clínicos (31,6 %), mesmo assim os casos clínicos tem uma elevada porcentagem.

Outro dado importante é o grande número de acidentes e atropelamentos envolvendo motoqueiros, somando 25.9 % do total das ocorrências. E as ocorrências envolvendo automóveis ocupam maior parte dos atendimentos somando 49,9 %, quase metade das ocorrências. Devendo esta equipe estar bem preparada e atualizada principalmente para atendimentos envolvendo automóveis.

Segundo Oliveira, et al, (2000), “é imprescindível que esses diagnósticos [perfis epidemiológicos] sejam amplamente discutidos com todos os atores sociais envolvidos na promoção, prevenção, atenção e recuperação aos agravos à saúde, como conselhos de saúde, gestores de saúde, prestadores de serviços, usuários, conselhos de classe, educação, promoção social, segurança social, transportes e outros”. “Assim torna-se imperativo estruturar um Sistema de Atenção às Urgências que envolva toda a rede assistencial, seja em seu componente pré-hospitalar (...), seja em seu componente hospitalar (...)” (OLIVEIRA, et al, 2000).

**TABELA 2 – Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares segundo o sexo. ASU – 67 do CBMSC. Florianópolis – 17 de junho a 12 de agosto de 2002 (período de estágio).**

| Sexo         | Natureza da ocorrência |               | Subtotal  | %          |
|--------------|------------------------|---------------|-----------|------------|
|              | Clínico                | Causa externa |           |            |
| Feminino     | 9                      | 12            | 21        | 38,9       |
| Masculino    | 8                      | 25            | 33        | 61,1       |
| <b>TOTAL</b> | <b>17</b>              | <b>37</b>     | <b>54</b> | <b>100</b> |

Podemos concluir através da tabela acima como o sexo masculino está muito mais exposto às ocorrências de causas externas do que o sexo feminino. Conseqüentemente, está mais ligado aos atendimentos de urgência / emergência do que o sexo feminino na amostragem de causas externas, enquanto nas ocorrências

clínicas encontramos quase a mesmo número. Se voltarmos ao que relatamos no início deste trabalho, podemos confirmar que a população masculina, por estar mais sujeita aos estressores e seus riscos para a saúde, refletindo assim um número maior de ocorrências.

**TABELA 3 – Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares segundo a Faixa etária. ASU – 67 do CBMSC. Florianópolis – 17 de junho a 12 de agosto de 2002 (período de estágio).**

| Faixa etária | Natureza da ocorrência |               | Subtotal  | %          |
|--------------|------------------------|---------------|-----------|------------|
|              | Clínico                | Causa externa |           |            |
| < 15         | -                      | 6             | 6         | 11,1       |
| 16 ↪ 20      | -                      | 5             | 5         | 9,3        |
| 21 ↪ 30      | 1                      | 5             | 6         | 11,1       |
| 31 ↪ 40      | 4                      | 10            | 14        | 25,9       |
| 41 ↪ 50      | 2                      | 5             | 7         | 13         |
| 51 ↪ 60      | 3                      | 3             | 6         | 11,1       |
| 61 ↪ 70      | 3                      | 3             | 6         | 11,1       |
| > 71         | 4                      | -             | 4         | 7,4        |
| <b>TOTAL</b> | <b>17</b>              | <b>37</b>     | <b>54</b> | <b>100</b> |

Esta tabela mostra que a faixa etária mais atingida é de 31 a 50 anos (38,9 %), sendo esta, a parte da população que mais sofre influências externas como um todo devido e também com a rotina de vida desgastante do dia a dia, refletindo nos números acima. Dado este preocupante devido a importância desta faixa etária para a população, pois se trata da população economicamente ativa.



## 6.2 – CONHECER O COMPORTAMENTO DO CLIENTE NO MOMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA NO PERÍODO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Poucas atividades exigem tanto do profissional de saúde quanto aquelas ligadas ao atendimento pré-hospitalar. A necessidade de uma avaliação rápida da vítima, mas, ao mesmo tempo, acuradas, que possibilite garantir a sobrevivência da vítima, ou de partes importantes de seu corpo, demandam de um amplo conhecimento por parte deste profissional da saúde.

Este conhecimento não pode estar separado em técnico e científico, pois de nada importa no momento em que a vítima está com suas necessidades humanas básicas afetadas ter um bom técnico realizando manobras desconexas com a real situação do momento da vítima, ou um profissional dotado de conhecimento científico que no momento estressante do atendimento emergencial, ele se exponha ao sofrimento humano e se envolva a ponto de perder o equilíbrio emocional, não conseguindo colocar em prática seu conhecimento.



**Foto4.** Visão de frente acidente com caminhão.



**Foto5.** Visão da lateral acidente com caminhão.

Durante a prática assistencial para a construção deste trabalho, podemos levantar alguns comportamentos do cliente no momento de urgência / emergência, baseado na Teoria das Necessidades Humanas e na Classificação Diagnóstica da NANDA, através da construção de um Instrumento de Assistência de Enfermagem. Este instrumento foi construído baseado no instrumento já existente no APH do CBMSC, sendo que foram feitas algumas modificações para poder prestar um cuidado do ser humano como um todo, visto que o instrumento do CBMSC abrangia somente os aspectos biológicos do cliente. Procurei inserir dados que abrangesse

também os aspectos sociais e espirituais deste cliente para que a equipe intra-hospital tivesse condições de realizar uma avaliação mais completa, se fosse um sistema mais integrado, desde o APH e o transporte deste cliente, podendo ter uma visão do todo.

Através deste Instrumento podemos levantar alguns comportamentos dos clientes no momento de urgência / emergência, como iremos relatar abaixo:

- Isolamento social → Este comportamento foi demonstrado de formas variadas, como: separação durante ou após a situação de urgência / emergência onde a mãe / pai / filho eram separados no momento do atendimento com várias vítimas. Ou, casos de isolamento anterior ao momento da urgência / emergência como de um homem que referia estar morando numa casa de passagem, relatou estar alcoolizado e por causa disso, sua esposa havia o abandonado.
- Negação → É um mecanismo de defesa, utilizado que tem por finalidade proteger a vítima através da redução da sua ansiedade. O cliente tenta negar, inconsciente, o significado de um evento. Atendi uma ocorrência onde a cliente questionava se era um sonho, se ela estava sonhando, pedindo para biliscá-la porque ela estava sonhando e o acidente não havia acontecido;
- Ansiedade → Caracterizado nas vítimas que atendi, como um “estar nervoso”, relacionado a preocupação, excitação excessiva, nervosismo, entre outros, levando a uma alteração nos sinais vitais;
- Sentimento de pesar antecipado → Tive relatos deste comportamento, como por exemplo o caso de um motorista que colidiu o seu veículo de frente com outro, ele ficava relatando durante o atendimento que iria morrer;
- Bem-estar espiritual relacionado a crença espiritual → O cliente experimenta um bem-estar, no momento da urgência / emergência, resultado de interligação harmoniosa entre seu ser e um poder superior, expresso na forma de orações. No transporte de uma vítima, que havia sido atropelada por uma moto, escutei pedindo para Deus o ajudar e sempre cuidando dele;



- Alteração no processo de pensamento → Este comportamento levantou um ponto importante durante a prática da assistência e foi repassado também nas aulas ministradas aos alunos de Enfermagem, que é a importância dos membros da equipe de atendimento pré-hospitalar em conhecer e reconhecer no momento do atendimento os sinais e sintomas da sua situação, para que não seja tomado ações errôneas para com o cliente, tomando como exemplo os atendimentos com a presença de Traumatismo Cranioencefálico (TCE), onde o cliente pode apresentar-se confuso, desorientado, agitado entre outros;
- Memória prejudicada → Logo após o acidente o cliente relatou esquecimento, tendo uma incapacidade de recordar o que aconteceu;
- Confusão aguda → Atendemos um cliente onde ele entrou no ASU andando após uma colisão entre vários carros, foi feita avaliação e colocado sentado, pois já havia outro cliente imobilizado na maca rígida, durante o transporte ele começou a questionar onde estava, o que havia acontecido, mostrando uma confusão momentânea;
- Resposta pós-trauma → Presente na maioria dos atendimentos e geralmente relacionado a dor, que era expressa através da comunicação verbal, comportamento protetor, com expressão facial de dor e alteração dos sinais vitais, entre outros.

Este cliente que apresenta alteração de comportamento automaticamente irá ter a necessidade de uma atenção direcionada, devido a uma característica particular que o distingue dos demais, sendo assim o enfermeiro deverá ter cuidados especiais, tais como observar atentamente as ações desse cliente, procurando identificar seu real estado e estabelecer um canal de comunicação com o mesmo. Durante todo o atendimento é fundamental que o enfermeiro consiga identificar as mensagens verbais e não verbais (gestos, expressões, entre outros), pois estas poderão nos transmitir valiosas informações sobre o cliente.

Devemos ficar atento para o fato de que a capacidade de percepção desse cliente poderá estar alterada e esta maneira distorcida de interpretar a realidade poderá gerar situações inesperadas ou de perigo para o próprio cliente ou para todos os demais que estejam próximo dele. Desde o primeiro momento do APH, o



enfermeiro deverá comporta-se de forma profissional e atenciosa, para que o cliente passe a sentir-se seguro e ter confiança na equipe de APH.

### **6.3 - VERIFICAR SE O ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM PRESTADO AO CLIENTE NO MOMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA CONTEMPLA OS ASPECTOS BIOPSIICOSOCIAIS.**

Este é um ponto importante e inerente ao profissional Enfermeiro e que o difere das outras categorias profissionais, prestar um cuidado ao cliente olhando ele como um todo.

Percebemos a importância da continuidade do atendimento, e que as informações colhidas deveriam ser melhor aproveitadas pela equipe de atendimento pré-hospitalar, pois esta estava o mais próximo da realidade em que o cliente vive, muitas vezes tendo a oportunidade de observar seu ambiente de trabalho, moradia, entre outros, conhecendo assim a realidade em que vive este cliente e aos riscos que ele estava sujeito e que desencadeou este momento de urgência / emergência.

Iremos relatar um trecho do diário de campo para exemplificar esta importância a que me refiro acima.

*“J.N.D., sexo masculino, 76 anos, local da ocorrência Bairro Ipiranga / S.J. Vítima de caso clínico (respiratório), encontrava-se na residência, acamado, na posição de decúbito dorsal. Consciente e orientado. Apresentando episódio de vômito e desmaio (2 minutos), relatou ter bronquite asmática e enfisema pulmonar. Sinais vitais: FC = 100 bpm; FR = 20 mrm; PA = 160x90 mmHg; SatO<sub>2</sub> = 90 %; Glasgow = 4-5-6. Feito análise primária e secundária, ofertado oxigenioterapia e foi conduzida para o HF. Ao chegarmos na residência nos deparamos com uma cena de extrema sujeira, com péssimos hábitos de higiene em toda a casa. O chão com muita sujeira, gaiolas com passarinhos em cima da cama da vítima, muitos cachorros (7) no quintal, comida jogada na pia e em cima do fogão, sendo que todas estas condições de higiene na casa da vítima contribuem para as crises de bronquite asmática”.*

Tudo isso é uma realidade que a equipe de saúde que vai prestar o atendimento final a este cliente antes do retorno a sociedade, deveria trabalhar mas desconhece a realidade da vida da cliente pois não é um sistema integrado com o

atendimento pré-hospitalar, tendo este cliente um tratamento biologista e um retorno ao convívio com o causador de sua crise asmática, como no caso do exemplo acima citado.

#### **6.4 - O ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM PRESTADO AO CLIENTE APÓS O MOMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA, PARA O RETORNO A SOCIEDADE**

Este objetivo não foi alcançando na sua totalidade visto que tinha como alvo a visita de quatro clientes durante o seu processo de reabilitação e retorno a sociedade e conseguimos visitar apenas um.

O grande obstáculo encontrado neste período de estágio para conseguir realizar este objetivo é a dificuldade em muitas vezes conseguir o endereço residencial do cliente, visto que na maioria dos atendimentos se dava na rua.

Abaixo procurei relatar algumas informações contidas no diário de campo e no Roteiro de Entrevista do Cliente no Domicílio, da visita realizada, sendo que a mesma foi autorizada pela filha que participou da entrevista, visto que o cliente se encontrava consciente mas desorientado.

##### **Diário de campo:**

“J.L.S., sexo masculino, aproximadamente 70 anos, local da ocorrência Barreiros/S.J. Vítima de trauma (acidente de moto), encontrava-se caído em via pública, na posição de decúbito dorsal. Consciente, desorientado, referindo dor por todo o corpo, apresentando ferimento lacerante na cabeça com fratura de crânio, ferimento lacerante em mão esquerda com suspeita de fratura, ferimento lacerante em MID e ferimento abrasivo em MID. Sinais vitais: FC = 60 bpm; FR = ? mrm; PA = ? mmHg; SatO2 = 97 %; Pupila = 5-5; Glasgow = 4-5-6; Trauma = 4-4-5. Feita análise primária e secundária, colocado colar cervical, feito curativo simples na cabeça, feito curativo compressivo em mão esquerda e fixado com atadura de crepon, imobilizado na maca rígida longa e conduzido para o hospital”.

##### **Roteiro de Entrevista do Cliente no Domicílio:**

“Meu pai é empresário, tem uma empresa de beneficiamento de arroz (...), ele que controlava a empresa, agora uma das filhas que já administrava a empresa, passou a controlar as atividades do meu pai juntamente com seus empregados”.



“Após o acidente a família ficou prostrada, abalada, pois meu pai sempre foi muito cuidadoso (...), o acidente mudou tudo na vida de meu pai ele costuma fazer tudo, pois sempre foi muito ativo (...), ele gostava muito de pescar para se distrair”.

“O meu pai não lembra quem o atendeu nem como foi transportado continua desorientado desde o acidente (...), nós da família ficamos sensibilizados porque sabemos que foi logo atendido pelo Corpo de Bombeiros”.

“No primeiro hospital que o Corpo de Bombeiros o levou, deixou a desejar, notamos falta de pessoal especializado na emergência, falta de infra-estrutura de forma geral. Achamos que poderia ter acontecido algo pior, caso não tivéssemos transferido o pai para o outro hospital”.

“Ao retornar para a casa a situação melhorou bastante, apesar das dificuldades do tratamento ficarem sob a responsabilidade de toda a família e o peso maior disso ficar por conta do atendimento da minha mãe e de uma irmã (...) Hoje, em casa, ainda está exigindo bastante trabalho, principalmente da minha mãe que ele quer por perto o tempo todo, necessitando ainda de pelo menos uma pessoa ao seu lado em tempo integral. Como está desorientado, às vezes fica mal humorado, não dorme quase nada, quando dorme cinco minutos acorda sobressaltado, assustado, como se tivesse tido um sonho ruim. A nossa vida com isso ficou bastante tumultuada, ainda não dá para fazer mais nenhuma reunião familiar comemorativa, pois a casa de meus pais virou um pouco de hospital, embora as perspectivas sejam boas, ditas por algumas pessoas”.

Quando questionada se havia recebido alguma assistência após a alta hospitalar, não referiu nada, somente a minha visita.

Seria interessante um acompanhamento destes relatos pois um trabalho de reabilitação e cuidado de enfermagem para com a família poderia ser realizado, e neste caso se faz necessário, pois se tornou uma situação desgastante e estressante sendo estas, a família, as vítimas ocultas do trauma, sendo que têm estudos estatísticos que revelam que para cada vítima de trauma tem mais 15 feridos, que são as pessoas que convivem diretamente com esta vítima.



## **6.5 - ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA.**

### **6.5.1 - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL**

O CBMSC tem comando próprio, denominado Comando do Corpo de Bombeiros (CCB), o qual é subordinado ao Comando Geral da Polícia Militar que por sua vez, está diretamente subordinado ao Governo do Estado.

Dentro do Corpo de Bombeiros Militar (CBM) encontramos uma estrutura organizacional hierarquizada “que está relacionada com a especialização em camadas ou níveis de autoridade, tendo os superiores certo tipo de autoridade sobre os subordinados” (KURCGANT, 1991, p. 26). É uma estrutura organizacional vertical com um sistema de trabalho baseado no relacionamento superior / subordinado, onde a medida que se sobe na escala hierárquica, aumenta a autoridade do ocupante do cargo.

Conforme Kurcgante (1991), a cadeia hierárquica sobreposta, forma geralmente uma pirâmide, contendo:

- Nível Decisorial (topo)
- Nível Intermediário
- Nível Operacional (base)

A autoridade pode ser representada por uma pirâmide invertida, a medida que se sobe na pirâmide aumenta a autoridade, sendo que a responsabilidade não é delegada. Mesmo a execução de uma atividade seja atribuída a um subordinado, o “chefe” sempre será responsável.

A estrutura organizacional do CBMSC, pactua a mesma estrutura organizacional da PMSC, que se constitui em: órgãos de direção, responsáveis em assessorar o CCB ou Comando Geral da PMSC nas atividades administrativas; órgãos de apoio, responsáveis pelo planejamento, administração e controle das atividades-meio; e órgãos de execução, através dos batalhões, companhias, pelotões e destacamento de bombeiros que devem atender todo o território estadual (SCREMIN, 2001b). Portanto, possui suas relações de poder concretizadas por meio

de postos (entre os oficiais) e graduações (entre as praças). Os postos hierárquicos dos oficiais, de acordo com uma escala crescente de promoção, estão assim compreendidos: Aspirante a oficial (que é o primeiro posto após formar-se na Academia de Oficiais), 2º Tenente, 1º Tenente, Capitão, Major, Tenente-Coronel e Coronel; as graduações dos praças são: Soldado, Cabo, 3º Sargento, 2º Sargento, 1º Sargento e Sub-Tenente.

Dentro do CBMSC encontramos informações da organização que transmitem, por escrito, orientações aos elementos da equipe para o desenvolvimento das atividades, “buscando funcionamento organizacional com racionalidade e eficiência” (KURCGANT, 1991, p. 59). O objetivo destas informações são similares aos instrumentos de enfermagem, como: normas, rotinas, procedimentos e outras informações necessárias para a execução das ações pela equipe de enfermagem. Sendo que os membros da guarnição do ASU têm seu amparo legal, de seus procedimentos realizados, pelos protocolos pré fixados pelo Comando do CBMSC que definem o padrão mínimo de cuidados a serem promovidos por todos os integrantes do Corpo de Bombeiros ao executarem o atendimento pré-hospitalar ao nível de Suporte Básico da Vida. Ao executar o Suporte Básico da Vida (SBV), todo bombeiro deve proporcionar o nível de cuidados estabelecido no protocolo correspondente à emergência, de acordo com a avaliação do paciente.

Tais atividades são realizadas na tentativa de cumprir a missão do Bombeiro Militar, inserida na missão da PMSC:

“Prover e manter a segurança pública de forma participativa com todos os integrantes do Estado, prestando serviços que garantam a preservação da ordem pública e a incolumidade das pessoas e do patrimônio, visando a melhoria da qualidade de vida dos catarinenses”, o Corpo de Bombeiros vem inserir sua missão em “prover e manter a segurança pública de forma participativa, prestando serviços profissionais e humanitários que garantam a preservação da vida, do patrimônio e do meio ambiente, visando a melhoria da Qualidade de Vida e da População”.

#### 6.5.2 - RECURSOS HUMANOS

Atualmente, os membros da guarnição do atendimento pré-hospitalar têm a capacitação de Socorrista (curso de 100 a 120 h/a ministrado pelo Corpo de



Bombeiros) com recertificação Comando de Corpo de Bombeiro (CCB) / Núcleo Multidisciplinar de Estudos de Acidente de Tráfego (NAT/UFSC), com duração de 60 horas, ou Técnico em Emergências Médicas (único curso realizado pelo CBMSC em convênio com a UFSC no ano de 1995). Muitos possuem, o curso de Auxiliar de Enfermagem proporcionado pelo Departamento de Enfermagem da UFSC e também o curso de Técnico de Enfermagem proporcionado pelo PROFAE/SC. Mesmo grande parte dos membros destas guarnições tendo estes cursos de enfermagem muitas vezes o CBMSC não reconhece o esforço e qualificação destes profissionais, transferindo-os para outras áreas de serviço do CB como o combate a incêndio, por exemplo.

As equipes ou guarnições são compostas por três socorristas e cada unidade tem capacidade para atender uma vítima. Atuam com equipes intercaladas em plantões de 24 horas com 48 horas de folga, fato que pode constituir num importante fator de estresse e desgaste do profissional.

Os deveres dos socorristas, de acordo com o protocolo do CBMSC:

- PRONTIDÃO - Estar preparado para responder às emergências assim que for acionado;
- RESPOSTA - Responder imediatamente ao acionamento emergência de forma rápida e segura;
- CONTROLE DA CENA - Avaliar a cena da emergência, certificando-se de que a cena esteja segura, de que os meios empregados sejam suficientes e identificando o mecanismo agressor ou agente causador da emergência;
- OBTENÇÃO DE ACESSO - Obter acesso ao paciente;
- AVALIAÇÃO E ATENDIMENTO - Determinar, ao nível de SBV, quais as necessidades do paciente e prover os cuidados necessários segundo os protocolos indicados;
- LIBERAÇÃO - Liberar o paciente de obstáculos que prejudiquem sua remoção sem prejuízo de seu estado



- **TRANSPORTE** - Transportar a vítima de acordo com seu status, de forma segura, para a unidade de referência adequada, garantindo no percurso os cuidados necessários preconizados pelo protocolo de atendimento pré-hospitalar adequado;
- **TRANSFERÊNCIA** - Transferir a vítima para os cuidados adequados, reportando as observações, avaliações e condutas através de relatório escrito padronizado;
- **FINALIZAÇÃO** - Retornar em segurança para a base, elaborar os relatórios complementares, limpar e desinfetar a viatura, o equipamento e a si mesmo, verificar o material, o equipamento e a viatura, tomando as medidas adequadas para o retorno ao estado de prontidão. Avaliar o atendimento.

Das competências dos socorristas, de acordo com o protocolo do CBMSC:

#### GRUPO I

- Dimensionar a cena de uma emergência;
- Avaliar o nível de consciência de um paciente;
- Avaliar, estabelecer e manter uma via aérea pérvia por condutas não invasivas;
- Garantir uma ventilação pulmonar adequada por condutas não invasivas;
- Executar Ressuscitação Cárdiopulmonar ;
- Controlar hemorragias externas;
- Prevenir, identificar e tratar o choque por condutas não invasivas;
- Aferir e avaliar sinais vitais e diagnósticos;
- Classificar o status de um paciente;
- Obter a história do paciente e da emergência.

## GRUPO II

- Executar curativos e bandagens;
- Identificar, avaliar e imobilizar fraturas, luxações e entorses;
- Identificar, avaliar e efetuar o SBV em vítimas com lesões de cabeça tórax, abdome, quadril/pélvis e genitália;
- Avaliar e auxiliar gestantes em trabalho de parto;
- Efetuar o SBV em neonatal, incluindo pré-termo;
- Avaliar e executar o SBV em paciente de emergência de causas clínicas;
- Avaliar e executar o SBV em paciente especiais: gestantes, crianças, idosos e portadores de deficiências.

## GRUPO III

- Habilidade nas comunicações escritas e verbais;
- Uso e manutenção adequada dos equipamentos de atendimento pré-hospitalar;
- Utilização adequada das técnicas e ferramentas básicas de resgate.

A supervisão da guarnição é feita pelo comandante de área que só está presente em algumas ocorrências, normalmente as de maior complexidade, sendo que freqüentemente alguns membros do comando responsáveis pelo serviço de APH, participam de algumas ocorrências junto da guarnição.

“É um instrumento capaz de exercer grande influência em aspectos fundamentais das organizações, como, por exemplo o índice de absenteísmo e rotatividade dos funcionários, o moral de trabalho do grupo, a produtividade e a qualidade do serviço executado” (KURCGANT, 1991, p. 117).

O supervisor, principalmente dentro do serviço de atendimento pré-hospitalar, onde os membros da equipe estão sujeitos a diversos estressores durante seu trabalho, deve procurar visualizar o ser humano como um todo, e se preocupar em compreendê-lo e em ajudá-lo a desenvolver-se. Sendo assim, a supervisão não

deve ter caráter meramente de detecção de erros e punição, mas sim de um controle associado à educação.

O papel do supervisor deve ser de um orientador, motivador e facilitador para execução de atividades com base nos protocolos, a fim de manter elevada a qualidade dos serviços prestados. Deve julgar a ação, não a pessoa, e reforçar a sua confiança na mudança de comportamento.

As técnicas para supervisão que de acordo com Kurcgant (1991, p. 119), podem ser usadas são, "a observação direta, a análise de registros, a entrevista, a reunião, a discussão em grupo, a demonstração, a orientação, o estudo de caso, a dinâmica de grupo, a análise de situação pelo método científico, e outras que porventura possam contribuir em cada situação específica".

#### 6.5.3 - RECURSOS MATERIAIS

São essenciais para o funcionamento de qualquer tipo de organização, seja ela pública ou privada. "Cabe ressaltar que os recursos materiais representam cerca de 75% do capital das organizações" (KURCGANT, 1991, p. 73)

A pessoa responsável por este setor deve estar atento a um conjunto de atividades, que são:

- Previsão
- Compra
- Recebimento
- Armazenamento
- Conservação
- Distribuição
- Controle

Sendo o APH um serviço muito dinâmico, necessita de muitos materiais diferentes, seja de consumo ou permanente. Fazendo-se necessário uma constante inspeção da quantidade e qualidade do material que contém dentro do ASU, para que no momento da ocorrência tudo esteja em funcionamento e presente,



possibilitando um atendimento contínuo, pois por ser um serviço de saúde, não pode ser cessado.

É de grande importância o conhecimento do funcionamento do APH por parte do responsável pela compra destes materiais pois este serviço tem a necessidade de uma grande variedade de materiais, desde aparelhos sofisticados, como desfibriladores, até materiais simples, como gaze. E este campo de APH está em constante modernização com surgimento dia-a-dia, de novas tecnologias possibilitando um cuidado cada vez melhor, que em contra partida exige um investimento, também, cada vez maior.

### PLANTA FÍSICA DA UNIDADE

No 1º batalhão onde realizei realizado o estágio, os membros contam com sala de televisão/vídeo/DVD, dormitório, refeitório, banheiro, sala de musculação, pátio com capela para orações, sala de aula e reuniões. Sendo um ambiente que proporcionava muitos momentos de descontração da guarnição, o que é muito importante para profissionais que executam este tipo de serviço, o APH.

Tem um local próprio para limpeza/desinfecção do material permanente usado nas ocorrências pelo ASU e também um local onde ficam armazenados os materiais de reposição.

Percebi que talvez fosse interessante ter um local para estudo com a disponibilidade de livros, sendo que percebi em muitos membros da guarnição o hábito da leitura e o interesse em livros que falam mais sobre o APH.

### PLANTA FÍSICA DA AMBULÂNCIA

Utilizou-se uma viatura ambulância do tipo Auto Socorro de Urgência (ASU), que é uma unidade de Suporte Básico de Vida da marca Mercedes Benz – Modelo Sprinter.

Ela é composta de duas gabinetes, anterior e posterior, com uma comunicação entre elas possibilitando uma fácil comunicação entre os membros da guarnição. O acesso a gabinete posterior se dá através de duas portas laterais e a gabinete posterior

por uma porta traseira, cuja largura é quase a totalidade da largura traseira do ASU, e por uma porta lateral de correr.

O ASU é dotado de equipamento de rádio-comunicação fixo e portátil, para a comunicação entre as diversas guarnições de atendimento e a central (COBOM).

Devido a grande quantidade de materiais, os mesmos são distribuídos em armários, prateleiras, bancadas e bolsas na parte posterior do ASU.



**Foto6.** Visão de lateral do ASU – 67.



**Foto7.** Visão do interior do ASU – 67.



**Foto8.** Visão da traseira do ASU – 67.



**Foto9.** Visão da cabine anterior do ASU – 67.

Apresenta sinaleiras de alerta luminoso (Giroflex) com luzes contínuas ou intermitentes e quatro tipos de sinais sonoros (sirenes).

A maioria dos materiais/equipamentos utilizados no SvAPH ao nível de suporte básico da vida são de uso permanente, sendo reutilizáveis após limpeza e desinfecção. Materiais de consumo como gazes e chumaços para curativos de emergência são adquiridos de uso descartável. Os materiais e equipamentos permanentes, são limpos no próprio quartel que dispõe de uma pequena sala para realizar limpeza e desinfecção. Porém este espaço ainda é inadequado,



principalmente para limpeza e desinfecção interna da viatura que, muitas vezes, é realizada no próprio hospital após a entrega da vítima. Em outros casos, após ocorrências em que houve grande derramamento de sangue e secreções no ambiente interno da viatura, este serviço é realizado nos quartéis, porém em locais impróprios pela falta de um local adequado, planejado para tal fim.

Segundo Rocha (2000, p.36), “geralmente as ambulâncias servem para transportar os pacientes críticos ou instáveis a uma distância inferior a 48 km e pacientes estáveis inferior a 160 km do local do atendimento hospitalar. Ser de uso universal, ser fácil a alteração do percurso e possuir baixo custo de manutenção”.

“Tendo como desvantagens, o maior tempo de transporte devido as longas distâncias, a mobilidade limitada pelas condições da estrada, tráfego, clima e nem todas apresentam-se devidamente equipadas” (ROCHA, 2000, p. 36).

#### 6.5.4 - RECURSOS FINANCEIROS

O CBMSC não tem orçamento próprio, sendo este, direcionado à instituição Polícia Militar. Por este e outros motivos, vários CBM do país reivindicam autonomia administrativa, sendo que alguns já obtiveram sua emancipação da respectiva Polícia Militar estadual e passaram a ter orçamento próprio, bem como, maior liberdade administrativa. O atendimento pré-hospitalar, em Florianópolis é mantido por duas vias de recursos uma estadual e outra municipal sendo que esta é repassada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a operacionalização do APH, são firmados convênios com as Secretarias de Saúde dos municípios que fornecem os materiais de consumo pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a produtividade dos serviços realizados ao nível de APH. Os convênios são firmados através da Polícia Militar/Corpo de Bombeiros e a Prefeitura Municipal do respectivo município, através da Secretaria Municipal de Saúde, visando à criação estrutural e repasse de recursos oriundos do Fundo Municipal de Saúde e Produção Ambulatorial.

O SUS através de sua tabela prevê que cada “ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR – TRAUMA I” – atendimento suporte básico da vida, praticado pelo CBMSC – o município receba R\$ 19,81, sendo que cada município tem um teto que



não pode ser ultrapassado, que no caso de Florianópolis é de R\$ 8.300,00 por mês. Este valor deveria ser repassado para o CBMSC, mensalmente, para manter o serviço, adquirindo materiais tanto de consumo como permanente, mas em Florianópolis o CBMSC tem encontrado dificuldades, para compra dos materiais permanentes, como: maca, oximêtro de pulso, ambú, cânulas entre outros, pois esta verba repassada pelo SUS é administrada pelo município o qual repassa somente parte da verba através de materiais de consumo, como: gazes, ataduras de crepon, luvas, sacos de lixo, entre outros.

O CBMSC, em Florianópolis, procura adquirir os materiais permanentes, na medida do possível, através do Estado.

Em outros municípios, como São José, o CBMSC conta com uma verba destinada ao Bombeiro arrecadada através do FUNREBOM (Fundo de Equipamento do Bombeiro), criado pelos municípios e que prevê recursos oriundos do pagamento de taxas de vistorias e análises de projetos de edificações realizadas pelo CB, através do Serviço de Atividades Técnicas (SAT).

## 6.6 – ATIVIDADES DE ENSINO

### 6.6.1 - AULA TEÓRICO-PRÁTICA NA DISCIPLINA ENFERMAGEM EM PRIMEIRO SOCORROS, NO CURSO DE ENFERMAGEM UFSC.



**Foto10.** Aula de Traumatismo Músculo Esquelético.

A oportunidade de ministrar aulas, deveria ser objetivo em todos os Trabalhos Conclusão de Curso (TCC), pois é um momento que temos, ainda como alunos, de

praticar esta atividade com a orientação e supervisão de um profissional, sendo que este é um campo aberto e que está ao alcance dos futuros enfermeiros que estão se formando. O ensino será uma atividade inerente às atividade de Enfermagem durante todo o futuro do profissional enfermeiro, ora na sala de aula, ora dentro de uma unidade hospitalar com os outros membros da equipe, ou até mesmo em grupos de orientação no Centro de Saúde e também em toda relação profissional-cliente.

Procurando sempre trazer o conhecimento que tinha de mais atual com qualidade e dinamismo, pude repassar o que sempre gostei e aprendi dentro e fora da Universidade.

Interessante é que refletindo acerca do assunto que iria ministrar, parei e vi o quão grande seria minha responsabilidade para cumprir este objetivo, pois estaria se tratando da área da saúde, e um dia eu mesmo poderia ser a vítima atendida por um desse alunos.

#### *6.6.2 - AULA TEÓRICO-PRÁTICA DA ESPECIALIDADE DE RCP JUNTO A DIRETORIA DO CLUBE.*

Um bom Clube de Desbravadores implica em prontidão, limpeza, destreza física e mental, serviços à comunidade e, principalmente, no cultivo do amor, a todos os seres humanos, independente de raça, cor, profissão, situação financeira, social ou religião.

O Clube de Desbravadores congrega juvenis de 10 a 15 anos e sua diretoria, durante o ano eles desenvolvem várias atividades como acampamentos, caminhadas, excursões, trabalhos missionários, ecológicos e comunitário; dentro dessas atividade eles tem um plano chamado de “especialidades” que têm como objetivo passar um certo conhecimento para o Desbravador com o intuito de despertar nele uma futura profissão.

Interessante que foi por ter realizado uma dessas especialidades, que hoje estou aqui concluindo meu curso de Graduação de Enfermagem, que foi ministrada pelas alunas hoje enfermeiras Claudete Patrícia Kayser, Deise Paganela Pelissari, Kiciosan da Silva Bernardi e Marlise Benedix, as quais me influenciaram.





**Foto11.** Material usado na aula de RCP.



**Foto12.** Momento de descontração, já em casa.

Sempre procurei passar para eles alguns conhecimentos que adquiria dentro da Universidade, mas desta vez seria diferente, seria uma aula toda preparada, então a dúvida ficou; “Como será que eles iriam aceitar?”.

Foi uma aula prazerosa pois estava com pessoas que compartilham no meu dia-a-dia algumas atividades que tanto gostamos, e um dia um poderia precisar do outro e este agora teria o conhecimento e a técnica.

#### 6.6.3 - INSTRUÇÃO TEORICO-PRÁTICA AOS ALUNOS DO CURSO DE EMERGÊNCIA EM CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS.

Fui convidado pelo Instrutor Marcos Antonio Campolino e o Professor Dr. Wilson Pacheco, do Centro de Ciências Biológicas CCB / UFSC, a participar como instrutor (ANEXO 17) nas aulas prática do “Curso de clínica e terapêutica médica de urgência para cirurgiões dentistas”.

Este curso é fornecido pelo Núcleo de Treinamento e Formação de Antedimento Pré-Hospitalar (NTPH) ligado ao Núcleo Multidisciplinar de Estudos sobre Acidentes de Tráfego (NAT) situado na UFSC.

Tivemos dois tipos de aulas:

- Aulas práticas após o bloco teórico, onde era passado para os participantes do curso como aplicar na prática o conteúdo teórico, com uso de manequins de RCP, ataduras de crepon, talas moldáveis para imobilização, cilindro de oxigênio terapia, esfigmomanômetro, estetoscópio,



colar cervical, maca rígida, colete de imobilização dorsal, tala de tração de fêmur entre outros

- E simulados onde eram montadas cenas que imitassem a realidade de um caso de urgência / emergência para os participantes colocarem em prática o que haviam aprendido, fazendo uma discussão do caso após o atendimento.

## **6.7 - AMPLIANDO CONHECIMENTO E DESENVOLVENDO HABILIDADES**

### *6.7.1 - VISITA NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA (SAMU) E AO HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO (HPS) DA CIDADE DE PORTO ALEGRE – RS*



Com o intuito de ampliar o conhecimento acerca do APH e fazermos uma ponte entre os diferentes modelos existentes no país, sendo que o meu estágio foi feito no CBMSC que adota um modelo o qual se aproxima do norte-americano e em Porto Alegre o SAMU adota um sistema nos moldes do modelo francês. Eu e meu supervisor o Enfermeiro Pedro Paulo, fomos até Porto Alegre, conhecer o SAMU.

No Rio Grande do Sul (RS), é adotado um modelo misto de serviço pré-hospitalar, ou seja, está dividido entre o modelo (francês) implantado pelo HPS em Porto Alegre e o modelo (que se aproxima do norte-americano) adotado pelo Corpo de Bombeiros de abrangência estadual.

Isso ocorre devido existir neste Estado, especificamente no município de Porto Alegre, uma unidade hospitalar denominada Hospital Municipal de Pronto Socorro (HPS). “Inaugurado em 19 de abril de 1944”, são 56 anos “prestando

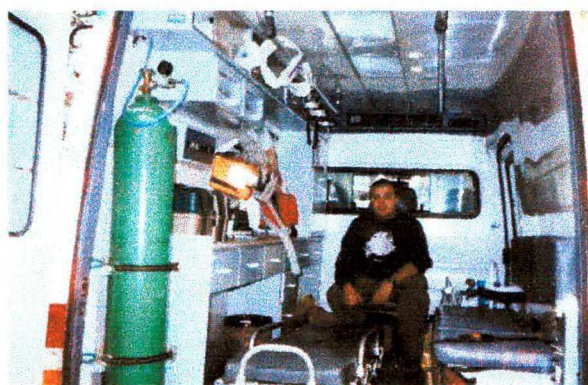
atendimento universal e igualitário de urgência e emergência, promovendo o ensino e a pesquisa na área da saúde (...). Administrado pela Prefeitura, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, o HPS funciona 24 horas por dia e realiza mais de 900 atendimentos diários em diversas especialidades ambulatoriais e todas as especialidades médicas e odontológicas necessárias ao atendimento integral de pacientes politraumatizados, sendo o principal serviço de emergência do Rio Grande do Sul” (PORTO ALEGRE, 2002).

Com esta trajetória, o HPS desenvolve com muita propriedade – através do atendimento emergencial ao nível hospitalar – a cultura de pronto socorro, tornando-se referência para atendimento aos politraumatismo e emergências ambulatoriais. No entanto, o HPS nunca havia exteriorizado o seu atendimento.

No início da década de 90 a instituição (HPS) constatava que “a necessidade do transporte assistido cresceu, principalmente em decorrência do número crescente de acidentes (...) e que a reversão desse quadro inicia com o transporte adequado das vítimas” (NASI, 1994, p. 3). Foi então que a partir da experiência francesa, em meados de 1995, “iniciou-se a implantação do Projeto Sistema de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) onde, através de um termo de cooperação técnica com a França, seria efetuado um intercâmbio de pessoas para realizarem treinamentos. Neste modelo, diferente do que era realizado antes pelos bombeiros, ao nível de suporte básico da vida, encontra-se o suporte avançado, realizado através de UTI móvel que compreende além de pessoal treinado (médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem), equipamentos que permitam a monitorização e tratamento do paciente durante o percurso.



**Foto13.** Visão da frente do HPS com as viaturas do SAMU – POA.



**Foto14.** Visão do interior da UTI móvel / SAMU – POA.



A equipe é composta por médico regulador que comanda o atendimento através da central de regulação e em algumas ocorrências eles podem assumir o papel de médico socorrista que se desloca para o local da emergência, sendo que sempre fica um médico regulador na central. A enfermagem conta com enfermeiro supervisor que fica responsável pela administração de recursos de materiais e recurso humanos (capacitação do pessoal de enfermagem), enfermeiros assistenciais e no momento a direção geral do SAMU – POA é ocupada por uma enfermeira. As principais funções do enfermeiro são: Gestão de recursos humanos, gestão de materiais, assistência, capacitação/ formação e educação continuada, relações com a comunidade e com outros serviços. Durante a visita pude perceber uma certa dificuldade com a relação à falta de recursos humanos.

A chamada para o atendimento das ocorrências, geralmente ocorre através do telefone 192. As ligações são atendidas por um telefonista (auxiliar de regulação) que identifica palavras-chave, colhe dados de identificação e endereço e passa a ligação ao médico regulador. Este por sua vez questiona o solicitante para presumir gravidade e toma decisões a partir dessas informações. O médico regulador também coordena todas as atividades que estão sendo realizadas no local da ocorrência, podendo prescrever por rádio telefonia para Enfermeiros (caso a comunicação seja gravada e haja profissional enfermeiro no local).

#### 6.7.1.1 - PARTICIPAÇÃO DA V JORNADA DE ENFERMAGEM DO HPS DE PORTO ALEGRE – RS

Durante a visita ao SAMU – POA, pude participar da V Jornada de Enfermagem do HPS, que tinha como título “O Trauma da Dor nas Emergências” (ANEXO 19), sendo que fiquei somente um dia na Jornada, pois já estava com a passagem de volta marcada.

Tivemos a oportunidade de participar do Curso Pré-Jornada “Treinamento em Punção Venosa” (ANEXO 20), com duração de quatro horas, que teve como palestrante a Enfermeira Célia Lúcia T, Ribeiro do e a Enfermeira Susana Maria Endres, ambas do HPS.

Neste curso foi abordado os seguintes tópicos: os diferentes tipos de acesso venoso, os riscos de infecções, os materiais usados para acesso venoso tanto



periférico como profundo, cuidados de enfermagem, complicações do acesso venoso, entre outros.

Assistimos a conferência sobre “Hospital: Dor e Morte como Ofício<sup>2</sup>”, que teve como palestrante a Psiquiatra Ana Maria Fernandes Pitta. Teve alguns pontos que marcou:

- Aqueles que trabalham diretamente na assistência sofrem menos pela gratificação e reconhecimento daqueles que assistiam, ou seja, havia um reconhecimento dos seus serviços. Em contra partida, os profissionais que não trabalham diretamente com a assistência tinham mais problemas de saúde, conseqüentemente maior sofrimento. Isso significa que trabalhar com assistência à saúde é uma atividade prazeroso e penosa ao mesmo tempo;
- A morte se institucionalizou, pois não se morre mais em casa, a morte atualmente se afastou da família e da comunidade, ocorrendo muito mais freqüentemente nos hospitais, transferindo o sofrimento da família para os enfrentamentos dos profissionais da equipe de saúde e, principalmente a enfermagem;
- Temos as dores reais e as dores imaginárias (que resultam, por exemplo, em depressão) que também têm sua importância;
- Uma unidade que trabalha a alegria e é qualificada tem menos absenteísmo devido a estes fatores funcionarem como mecanismo de defesa nos momentos de dor e sofrimento.

Gostaria muito de ter ficado até o fim, por se tratar de uma jornada que poderia trazer mais enriquecimento para meu trabalho e vida profissional.

---

<sup>2</sup> O tema refere-se ao seu livro com o mesmo título ao qual refere-se à pesquisa realiza num hospital de São Paulo, sobre o prazer e o sofrimento dos trabalhadores desse hospital.

6.7.2. VISITA NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA (SAMU) QUE ESTÁ SENDO IMPLANTADO NO ESTADO DE SANTA CATARINA.



O Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU 192, está sendo instalado inicialmente em seis macrorregionais do Estado de Santa Catarina (Florianópolis, Nordeste, Vale do Itajaí, Sul, Planalto Serrano e Oeste, implantando-se as centrais de regulação nas cidades polos macrorregionais definidas inicialmente pela CIB/SES (Florianópolis, Joinville, Blumenau, Criciúma, Lages e Chapecó). Na seqüência de instalação, será instalado no Planalto Norte e Meio Oeste, com a implantação das centrais de regulação em Joaçaba e Mafra. Conta com a coordenação geral do médico Dr. Cesar A. S. Nitschke.

Macrorregiões e Municípios Polo



Na fase inicial o SAMU de cada macrorregião assumirá essencialmente as transferências inter-hospitalares de pacientes graves assim como o apoio médico aos parceiros que solicitem auxílio médico. No momento conta com apenas 2 ambulâncias e ainda não tem pessoal específico para realizar o atendimento pré-hospitalar.

Esta situação permanecerá até que todos os recursos do SAMU estejam disponíveis e que todos os profissionais estejam capacitados, momento no qual

iniciar-se-á o atendimento pré-hospitalar de urgência, pois no momento o SAMU - SC conta com apenas seis funcionários , sendo: 1 administrador, 2 técnicos administrativos, 2 enfermeiras e 1 médico.

O SAMU tem como objetivos (conforme projeto – SANTA CATARINA 2000):

- Garantir a avaliação e acompanhamento médico aos chamados/pedidos telefônicos de urgência através de um número único regionalizado, o "192", em todo o Estado de Santa Catarina, interconectado às demais centrais de chamada (polícia, bombeiros, etc.);
- Assegurar a medicalização (médico e equipamentos de suporte avançado de vida), quando se fizer necessário, das viaturas de suporte básico de todos os parceiros que trabalham no atendimento às vítimas;
- Preparar e acompanhar a admissão hospitalar de urgência de acordo com as necessidades do paciente;
- Atender as pessoas vítimas de trauma ou acometidas por eventos clínicos de urgência de acordo com a avaliação do médico regulador, através dos seus meios ou com a ajuda de parceiros;
- Assumir a coordenação e o acompanhamento médico das vítimas/pacientes atendidos por ambulâncias ou equipes de cuidados urgentes.

As Centrais de Regulação Médica de Urgência do SAMU-192, já esta toda montada na sede do SAMU – SC, localizada junto a Policlínica de Florianópolis. Através de telefonia ou rádio, estabelecerão a conexão com toda a rede de saúde ao nível da macrorregião de abrangência. As Centrais de Regulação Médica de Urgência do SAMU-192 estarão inter-conectadas entre si através de rádio e telefone. As Centrais de Regulação Médica de Urgência do SAMU-192 estarão inter-conectadas por rádio e telefone, em sua área de abrangência, com as centrais de atendimento da Polícia Militar (190), com as centrais de atendimento dos bombeiros (193), com as centrais da Polícia Rodoviária Federal (1527), com a Polícia Rodoviária Estadual (1551), centrais de atendimento da defesa civil (191), assim



como todas as outras centrais que se fizerem necessárias e, através de protocolos de ativação e, de acordo com suas competências, trabalharão em conjunto.



**Foto15.** Visão da sala de regulação SAMU – SC.

Na Central de Regulação Médica de Urgência, um médico, auxiliado por um ou vários técnicos (auxiliares de regulação), recebe as ligações de pedidos de urgência, tria e classifica em função da urgência do caso e responde de acordo com a necessidade do mesmo. As respostas podem ser dadas de diversas maneiras: orientação por telefone (quando não se justifica o envio de uma unidade ou quando é apenas uma solicitação de informações), envio de médicos generalistas (ou médicos de família) (quando não é necessário o envio de unidade móvel mas é necessário uma avaliação médica), envio de unidade móvel de suporte básico de vida (bombeiros, polícia ou saúde) (quando faz-se necessário a realização de avaliação primária e atendimento de suporte básico à vida) o envio de uma viatura de ligação medicalizada, (quando se faz necessário a presença de médico e equipamentos junto à uma equipe de suporte básico. Transformando a unidade de suporte básico em UTI Móvel e, por último, o envio de uma UTI móvel, composta por 3 componentes: o médico, o técnico de enfermagem e o motorista-socorrista.

Qualquer que seja a decisão tomada, a central de regulação médica de urgência acompanhará o atendimento até seu término.

Todas as equipes trabalharão em sistema de plantão, com cobertura por 24 horas, todos os dias da semana.

#### Equipe da central de regulação

- Médicos reguladores
- Técnicos auxiliares de regulação médica

#### Equipe das Unidades de Tratamento Intensivo Móvel (UTIM)

- Médico
- Enfermeiro ou técnico de enfermagem
- Motorista-socorrista.

#### Equipe dos Veículos de Ligação Medicalizada (VLM)

- Médico
- Enfermeiro ou técnico de enfermagem
- Motorista-socorrista.

#### Equipes das Unidades Móveis de Suporte Básico

- Enfermeiro
- Motorista-socorrista.

Cada Unidade de Tratamento Intensivo Móvel (UTIM) terá, além de material de consumo, no mínimo uma incubadora para transporte, um aspirador cirúrgico para ambulância, um respirador a volume, um monitor multiparâmetros, um oxímetro digital e bombas de infusão para seringas, além de todo o material para imobilização e medicamentos de cuidados intensivos.

Os veículos de ligação medicalizada servirão para realização da ligação medicalizada entre os diversos serviços que possuem unidades básicas (Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Militar, entre outros).

Seu equipamento será todo portátil, em forma de "Kits", sendo composto de respirador a volume, monitor multiparâmetros, bombas de infusão para seringas e medicamentos de cuidados intensivos.

AS Unidades de Suporte Básico de Vida terão, além de material de consumo, no mínimo rede de oxigênio, prancha longa de madeira para imobilização da coluna,

colares cervicais, cilindro de O<sub>2</sub>, talas de imobilização de fraturas e ressuscitador manual adulto e infantil (ambu).

Quando uma situação de urgência necessita a participação conjunta de meios médicos e de meios de resgate, o SAMU une seus meios aos meios próprios dos serviços de salvamento e resgate do corpo de bombeiros, polícia militar, polícia rodoviária, defesa civil e/ou das forças armadas.

As ações que demandem atendimento a embarcações e aeronaves, em território do Estado de Santa Catarina, serão reguladas e ativadas através da Central de Regulação Médica de Urgência do SAMU de Florianópolis.

O SAMU atua nos casos clínicos através da central de regulação médica de urgências, servindo de escuta permanente para todos os casos clínicos de urgência, através do número telefônico 192.

O Médico regulador, além de poder orientar o cidadão que necessita de atendimento, pode ativar equipes do programa de saúde da família para o atendimento domiciliar e, dependendo da gravidade avaliada, enviar equipes móveis de suporte básico de vida ou de Unidades de Tratamento Intensivo Móveis (UTI Móveis).

A atuação nos casos de urgência clínica, no âmbito pré-hospitalar visa:

- A redução do número de mortes em função do retardo diagnóstico e terapêutico;
- A redução do número de pacientes com seqüelas decorrentes de atendimento tardio, atendimento parcial e/ou inadequado;
- A agilização da disponibilidade de recursos colocados à disposição do paciente;
- A racionalização dos recursos para atendimento ao paciente, evitando desperdício decorrente do uso inadequado de meios, duplicação de atendimentos, retardo do tratamento com conseqüente aparecimento de seqüelas que aumentam o custo social;
- Orientação para utilização de outros meios que não apenas as emergências hospitalares;



- Otimização do uso de ambulâncias hospitalares e ambulatoriais (básicas);
- Disponibilização de equipes treinadas e UTIs móveis para o correto transporte de pacientes graves entre os hospitais.

O SAMU intermedia, através da central de regulação médica das urgências, as transferências inter-hospitalares de pacientes graves, analisando as necessidades do paciente, conferindo sua recepção e promovendo a ativação das equipes apropriadas e a transferência do paciente em condições de suporte avançado de vida, evitando, assim, uma interrupção de seu suporte hemodinâmico e ventilatório, assim como medicamentoso, que pode levar a sérias consequências, inclusive ao óbito durante uma transferência inadequada.

#### 6.7.3 - LITERATURA

O acesso às literaturas nesta área de atendimento pré-hospitalar é um tanto difícil, sendo que nas bibliotecas da UFSC os acervos estão um pouco ultrapassados, visto que se trata de um assunto que conta com uma constante atualização.

Tive que entrar em contato com profissionais da área e comprar alguns livros para conseguir embasar meu trabalho em conhecimentos científicos.

O que encontramos na maioria das vezes são livros de emergência, não sendo específicos de atendimento pré-hospitalar ou livros de primeiros socorros que são muitos técnicos, e geralmente desatualizados.

#### 6.7.4 - PARTICIPAÇÃO NA VI SEMANA DE ENFERMAGEM SAMU-SP

A VI SEMANA DE ENFERMAGEM S.A.M.U – SP, foi realizada nos dias 16 e 17 de maio de 2002, na cidade de São Paulo – SP. Teve como temática “Atendimento pré-hospitalar: Da prevenção à qualidade de vida”.

Nestes dois dias de palestras, participei como ouvinte (ANEXO 12), foram abordados assuntos como a prevenção de acidentes, atualização em legislação do atendimento pré-hospitalar, atuação da enfermagem em serviço de atendimento pré-

hospitalar, qualidade do atendimento, violência, humanização, entre outros (ANEXO 13).

A palestras tinham em média 30 minutos de duração, seguidas de um tempo para debate entre os participantes e o expositor e/ou membros da mesa.

Este evento foi de suma importância para a construção de meu projeto e relatório pois mostrou a realidade de outros segmentos do atendimento pré-hospitalar como por exemplos:

↳ O sistema de atendimento pré-hospitalar (APH) baseado no modelo Francês, o S.A.M.U (Serviço de Atendimento Médico de Urgência), que já é realidade em muitas cidades do Brasil tais como: São Paulo, Campinas, Porto Alegre, Belo Horizonte, entre outros;

↳ O APH em esportes radicais com explanação de várias áreas como Rally, Mergulho, Turismo ecológico e Medicina do esporte;

↳ Atuação da enfermagem em resgate e transporte aeromédico entre outros.

A explanação da atuação da enfermagem nos diferentes campos do APH com certeza foi o mais importante pois deixou bem claro o quão importante é o papel do enfermeiro como educador e membro da equipe de APH não só como gestor mas como enfermeiro assistencial, prestando assistência humanizada, reconhecendo a vítima como ser humano que passa por um momento de dificuldades não só biológicas (físicas), mas um indivíduo que tem crenças e está inserido numa sociedade, absorvendo seus altos e baixos e em alguns momentos não suportando e de alguma forma extravasando de forma que precisamos saber contornar como membros desta equipe de APH.

Sob a atualização em legislação do APH no Brasil, foram explanados assuntos como a portaria N.º 814/01/MS que normatiza o atendimento pré-hospitalar no Brasil, em substituição a portaria N.º 824/99/MS, e a resolução N.º 01/01 do COREN-SP que regulamenta a assistência de enfermagem em APH e demais situações relacionadas com o Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV).

A formação dos enfermeiros que trabalham no APH, e a atualização, treinamento, ética, capacidade física, trabalho em equipe deste profissional são



requisitos para uma melhora da qualidade deste atendimento à vítima. Também não só o enfermeiro e os outros membros da equipe de APH mas toda a equipe que vai dar continuidade a este atendimento, que é formada por profissionais de diferentes áreas, seja no transporte e/ou no hospital, devem ter um conhecimento singular para que esta continuidade aconteça.

Na palestra “Abordagem do paciente suicida e a equipe multi-profissional em atuação”, proferida pelo Enfº João Fernando Marcolan do Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde SMSP – SP, foi relatado que os pacientes suicidas, 80% dos casos envolvem depressão e 20% álcool e outras drogas, sendo que ocorre por três motivos:

- Fantasia (acabar com o sofrimento) – morte é a solução, sendo que a religião usa este motivo;
- Socorro (mecanismo patológico) – o paciente não consegue verbalizar o pedido, então ele tenta o suicídio. O paciente vê o profissional que esta tentando socorrê-lo de duas formas: uma forma de ajuda ou de convencê-lo a não se matar;
- Agressividade – muitas vezes a causa é a família, então devemos afastar o familiar para a negociação (verificando se quem está na cena ajuda ou atrapalha?). Ele tem um sofrimento e ele pensa que se agredir as outras pessoas ele não sofre sozinho. Por exemplo e se mata e deixa um a carta, para os outros sofrerem também.

O suicida não tem clara a decisão de se matar mas tem a intenção, muitas das vezes ele se satisfaz agredindo os outros através do sofrimento dos outros. Ele apresenta uma auto-estima e autoconfiança baixa.

Cuidados da equipe do APH:

- Transmitir segurança;
- Não mentir;
- Não prometer coisas impossíveis;
- Não devolver com agressividade e sim com preocupação na vida dele;
- Atender com afeto, educação, respeito e interesse;



- Não ter pressa em retirar ele da situação, pois com o tempo ele vai ver que têm importância;
- Respeite o que ele diz, se quiser se aproximar, peça antes;
- Se ele estiver demorando para suicidar-se é porque o atendimento está funcionando;
- Nunca julgue o suicida.

Outra palestra que chamou a atenção foi “Família x Sociedade: Vítimas ocultas do trauma”, proferida pela Profª Mestre Shirlene Pavelqueires – Docente da FANEMA. Diretora do MAST – SP, que trouxe um assunto muito próximo das minhas expectativas na realização do trabalho, abordando os seguintes tópicos:

- Para cada morte tem 15 feridos associados na sociedade. Muitas vezes o pai se entrega ao trabalho e ao álcool, e a mãe aperfeiçoa seu cuidado sozinha sem ajuda da equipe de enfermagem. Algumas categorias de alterações: relacionamento familiar, religiosa, econômica, orgânica, emocional, rotina familiar, cognição, entre outras;
- É um grande problema sócio-econômico, pois o trauma está vitimando a população na sua fase produtiva, diminuindo a renda familiar e ainda aumentando gastos;
- Os recursos humanos do APH em geral estão voltados para o cuidado só biológico;
- Têm que ficar claro a diferença entre o Enfermeiro curador, que entrega para a família um paciente politraumatizado num “pacote” de problemas para a família e o Enfermeiro cuidador, que trata a situação como um todo como por exemplo educando a família para o cuidado do paciente, encaminhar para recursos de reabilitação como fisioterapia, serviço social, entre outros, entendendo das dificuldades que esta família está passando também.

Acabou a palestra reafirmando que devemos reconhecer os efeitos catastróficos do trauma na família e na sociedade e deixando a seguinte pergunta “Quantos enfermeiros sabem tratar lesões biológicas? E lesões psicológicas?”

#### 6.7.5 - PARTICIPAÇÃO NA II SEMANA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO (SEPEX), REALIZADO NA UFSC

A II SEMANA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, foi realizada nos dias 12 a 14 de junho de 2002, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis – SC.

Particpei junto ao estande do Núcleo Multidisciplinar de Estudos sobre Acidentes de Tráfego (NAT) situado na UFSC, que inclui também em sua infraestrutura o Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres (CEPED) e o Núcleo de Treinamento em Pré-Hospitalar (NTPH).

O NAT tem como objetivo principal a realização de estudos e pesquisas bem como a formação e o treinamento de pessoal voltado a área de acidentes de tráfego, em seus aspectos multidisciplinares, envolvendo conhecimento de engenharia, saúde, educação e legislação.

O CEPED tem como objetivo principal atuar nas áreas de ensino, pesquisa e extensão, relacionados com os desastres de maior incidência no Brasil e de cooperar para o desenvolvimento técnico-científico e cultural da sinistrolgia e de sua difusão junto à sociedade brasileira. Alguns setores de atuação são custos dos desastres, mapeamento de riscos, educação contra acidentes, medicina para acidentados em desastres, etc.

O NTPH visa capacitar profissionais para atendimento pré-hospitalar. De acordo com seu diretor técnico-científico o Professor Dr. Wilson Pacheco “Um dos fatores que mais dificulta a ação em emergência, é a inexperiência em diagnosticá-la e tratá-la adequadamente.” Atualmente o NTPH esta fornecendo o “CURSO DE EMERGÊNCIA MÉDICA PARA DENTISTAS”, treinando estes profissionais com aulas teóricas e práticas.

Particpei ficando no estande fazendo atividades de orientação e treinamento em APH (ANEXO 18), onde os visitantes tinham a oportunidade de praticar primeiros



socorros nos manequins, como: Reanimação Cárdio-respiratória (RCR), imobilizações, curativos, verificar sinais vitais entre outros. E também as situações de emergências que aconteciam uma vez ao dia, onde eram simuladas cenas de acidentes automobilísticos e acionado o Auto Socorro de Urgência (ASU) do Corpo de Bombeiros Militar que prestava o Suporte Básico de Vida no local. Desse modo os visitantes tinham uma idéia de como funciona o atendimento nestes casos.



**Foto16.** Simulado do SEPEX.



**Foto17.** Equipe que participou do simulado.

#### **6.7.6 - PARTICIPAÇÃO NO NÚCLEO DE ESTUDOS EM ENFERMAGEM EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA / URGÊNCIA (NEESE / UFSC)**

Núcleo formado por professores, enfermeiros e alunos de enfermagem que se reúnem quinzenalmente, no Centro de Ciências da Saúde, sobre a direção do Professor Dr. Antônio de Miranda Wosny, do Departamento de Enfermagem da UFSC, e tem como objetivos:

- Estudar situações de urgência / emergência;
- Formação de enfermeiros especialistas “generalistas”;
- Treinamento comunitário;
- Pesquisa;
- Atualização constante; entre outros.

O núcleo está preocupado no aprofundamento acerca da portaria 814/01/MS, sendo que a mesma é que regulamenta o atendimento pré-hospitalar no Brasil e,



também, sobre a forma de funcionamento do SAMU sendo que este está sendo implantando no Estado de Santa Catarina.

Poucas pessoas estavam no dia em que participei da reunião, ficando claro que mais pessoas precisam se envolver para que haja um fortalecimento do grupo e uma troca maior de conhecimento.

O NEESE/UFSC é um núcleo emergente, tendo iniciado suas atividades em 2002, decorrentes das necessidades percebidas a partir da inserção gradativa dos enfermeiros em atividades de atendimento pré-hospitalar, bem como, o reconhecimento de lacunas na produção do conhecimento na área de enfermagem em urgência/emergência.

## VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A decisão pela escolha deste campo/temática de prática assistencial para a realização da Disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, que resultou neste trabalho, teve muita influência das minhas expectativas, experiências, sentimentos e desilusões que me acompanharam durante toda a minha graduação.

A enfermagem veio como uma etapa para suprir minhas expectativas de adolescente e, que apesar de terem grandes ideais dentro da universidade e do curso de enfermagem, em alguns momentos foi mal interpretado por professores que em momentos de decisão não ficaram ao meu lado.

Por outro lado muitos professores compartilharam comigo suas experiências e me mostraram o caminho que deveria seguir, professores estes que como eu procuram ver o indivíduo como um todo dotado de defeitos e virtudes, forma esta de pensar através da qual nós alunos do Curso de Graduação de Enfermagem, somos doutrinados durante toda a vida acadêmica, mas em alguns momentos estes que nos mostravam esta forma de assistir ao próximo não nos assistiram assim.

Com certeza, pude me aproximar mais da prática assistencial da enfermagem na elaboração deste trabalho, e ver que a Enfermagem tem grande importância na elaboração e na execução do cuidado a um ser humano, o qual muitas vezes chega a nós com grandes problemas biológicos que necessitam de intervenção imediata, mas que na realidade estes problemas, na maioria das vezes está mascarando toda uma dificuldade social e espiritual cujas necessidades estão ou virão estar afetadas, também. Neste momento, assume a negável importância do olhar holístico por parte do profissional Enfermeiro, para a prestação de um cuidado que o satisfaça como um todo.

No início da construção do meu projeto de assistência, tive problemas em relação ao campo de estágio devido a falta desta visão que cito acima por parte de nossos companheiros de profissão, fechando-me a porta do conhecimento,

impedindo a realização de meu estágio da forma que melhor seriam alcançados meus objetivos traçados no primeiro projeto, sem que em nenhum momento estaria eu, ferindo eticamente, seja a instituição, seus profissionais ou seus clientes. Por outro lado, os clientes que me deram a oportunidade de assisti-los num momento de urgência/emergência e visitá-los no domicílio, a estes sim devo agradecimentos e profundo respeito.

A experiência da assistência de Enfermagem dentro do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar de SC – Estreito – foi com certeza um diferencial dentro da minha graduação, pois apesar dos distintos quadros clínicos que pude vivenciar, percebi e aprendi, junto dos profissionais que prestam este serviço, pois compartilharam comigo momentos de alegrias e angústias decorrentes desse trabalho. Com certeza ficamos grandes amigos.

Gostaria de deixar algumas considerações:

Para o CBMSC:

- Há uma necessidade de uma supervisão técnica mais direta de um profissional de saúde do atendimento pré-hospitalar, pois os protocolos nem sempre são possíveis de serem realizados na prática;
- O constante revezamento das guarnições desfavorece o entrosamento e a formação de equipe e divisão de tarefas, que o atendimento pré-hospitalar preconiza, enquanto que este revezamento é uma constante dentro das guarnições;
- Há uma inquestionável importância da permanente formação e qualificação do quadro de profissionais, especialmente no tocante aos profissionais de Enfermagem, que já compõem as guarnições – equipes ASU.
- O requerimento do reconhecimento do esforço do pessoal e institucional na formação dos Recursos Humanos pela incorporação desses profissionais no quadro de pessoa da corporação e, na manutenção dos mesmos nas equipes ASU.

E para os acadêmicos de Enfermagem, reafirmo que este é um campo que está se abrindo frente às demandas da sociedade, portanto não pode ser um



atendimento que faça acepção de pessoas, pois todos estamos sujeitos as situações de urgência / emergência. Com certeza, é um campo que necessita, cada vez mais, de profissionais que reconheçam o cliente como um todo e não um ser segmentado, compromisso que deve ser desenvolvido pelo profissional enfermeiro. Por isso experiências dessa natureza precisam ser ampliadas e estudos nessa área realizados, contribuindo dessa forma , para o fortalecimento e construção de um corpo de conhecimento específico em enfermagem em urgências / emergências.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATLS / SAVT – **Manual de Suporte Avançado de Vida no Trauma**. Ministério da Saúde, 1996.

BAPTISTA, A. N. **Revista do Bombeiro de Santa Catarina**. 2º edição. Blumenau: 2002.

BASTIANI, J. A. N.; MÜLLER, V. C. **Reciclando a enfermagem em um ambiente militar – Corpo de Bombeiros**. Florianópolis, 2000. Projeto de Docência (Curso de Especialização em Metodologia de Ensino para a Profissionalização em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. **Manual de diagnóstico de Enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA**. 2º Edição. Florianópolis: Bernúcia Editora, 2001.

BERGERON, J. D; BIZJAK, G. **Primeiros socorros**. São Paulo: Atheneu Editora, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do Texto: Juarez de Oliveira. 20. ed. São Paulo: Saraiva. 1998. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretária Nacional de Assistência a Saúde. **Programa de enfrentamento as emergências e traumas**. Brasília, 1990

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de enfrentamento e emergências e catástrofes**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 28 de maio de 2002.

CAMPOS, C. C. **O estresse profissional e suas implicações na qualidade de vida no trabalho dos bombeiros militares de Florianópolis**. Florianópolis, 1999. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Centro Sócio Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina.

CARDOSO, M. L.; PRADO, M. L.; LEITE, P. S. **A trajetória da inserção da enfermagem no serviço de atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar de Santa Catarina**. Florianópolis, [199-]. Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

DRUMMOND, J. P. **Trauma e anestesiologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 1992.

ERDTMANN, B. K.; MOCELLIN, D. O.; VIEIRA, T. P. **Atuação do enfermeiro junto ao serviço de atendimento pré-hospitalar (SvAPH): uma experiência de acadêmicos de enfermagem da UFSC**. Florianópolis, 1994. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

FERREIRA, A. B. H.; J.E.M.M. **Novo dicionário aurélio da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira S.A., 1986.

FREIRE, E. **Trauma: a doença dos séculos**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

GOMES, A. M. **Emergência: planejamento e organização da unidade: assistência de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1994.

HAFEN, B. Q; KARREN, K. J. **Prehospital emergency care & crisis intervention**. 2ª edição. Englewood: MP, 1983.



HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

KAYSER, C. P., et. al. **Vivenciando momentos de estresse**: Uma experiência de assistência de enfermagem junto ao indivíduo e família em situações de emergência. Florianópolis. 30p. 1995. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina

KURCGANTE, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

MARTINS, P. P. S. **Assistência de enfermagem às vítimas de traumas no serviço de emergência do hospital regional de São José, “Dr. Homero de Miranda Gomes”**. Florianópolis, 2001a. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

MARTINS, P. P. S. **Assistência de enfermagem no serviço de atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros do Estado de Santa Catarina**. Florianópolis, 2001b. Projeto de Prática Assistencial (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

NASI, A. L., et. al. **Rotinas em pronto socorro**: politraumatizados, emergências ambulatoriais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

NAZÁRIO, N. O. **Fragmentos de uma construção do assistir em situações de emergência / urgência**. Florianópolis: Insular, 1999.

OLIVEIRA, A. C.; CARDOSO, M. M.; MARTUCHI, S. D. **Organização dos sistemas pré-hospitalares e salas de reanimação**. Trabalho não publicado, Abril, 2000.

OLIVEIRA, M. **Fundamentos do socorro pré-hospitalar**: suporte básico de vida. Florianópolis: CIASC, 1996.

PRADO, M. L. **Caminhos perigosos**: violência e saúde à luz das ocorrências de trânsito. Pelotas: Editora Universitária / UFPel, 1998.

PIRES, D. **Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

ROCHA, P. K. **Assistência de enfermagem em serviço de emergência pré-hospitalar e remoção aeromédica**. Florianópolis, 2000. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

RODRIGUES, J. M. **Emergência: guia prático de enfermagem**. Rio de Janeiro: Editora McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2000.

SANTA CATARINA. Constituição (1989). Constituição do Estado de Santa Catarina: promulgada em 5 de outubro de 1989. 3.ed. Florianópolis: Insular, 1997. (Série Legislação Brasileira).

SANTA CATARINA. Polícia Militar do Estado de Santa Catarina. Comando do Corpo de Bombeiros (CCB). **Serviço de Atendimento Pré-hospitalar (SvAPH)**: apostilas do curso técnico em emergências médicas. Florianópolis: BM-3, 1995.

SANTA CATARINA. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO. **Serviço de atendimento médico de urgência (SAMU)**. Disponível em : <<http://www.saude-sc.gov.br>>. Acesso em 10 de agosto de 2002.

SANTA CATARINA. Serviço de Atendimento Médico Urgente - SAMU. **Projeto para instalação no Estado de Santa Catarina**. Florianópolis, 2000.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. **Programa de atendimento às emergências**. São Paulo, 1998.

SASSO, G. T. M. D. **A crise como uma oportunidade de crescimento para a família que enfrenta uma doença aguda: um desafio para a enfermagem**. Florianópolis, 1994. Monografia (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

SCHELEMPER, B. R. J. **Atendimento pré-hospitalar e transferência inter-hospitalar de urgência e emergência em Santa Catarina**: diagnóstico, normatização técnica e orientação ética. Florianópolis: CREMESC. 213p. 2000.

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. **Serviço de atendimento médico de urgência (SAMU)**. Disponível em : <<http://www.portoalegre.rs.gov.br>>. Acesso em 28 de maio de 2002.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional**: análise crítica. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989.

SMELTZER, S. C., BARE, B. G. **Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8° ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1999.

STOPFKUCHEN, H. **Primeiro atendimento a emergências em pediatria**: (Primeiras medidas terapêuticas antes da hospitalização). São Paulo: Editora Atheneu, 1999.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem**. Florianópolis: UFSC. 162p.1999.



## **APÊNDICES**

**APÊNDICE 1 – PLANO DE AULA PARA ENFERMAGEM E CONTEÚDO MINISTRADO.**

**APÊNDICE 2 – PLANO DE AULA PARA DESBRAVADORES E CONTEÚDO MINISTRADO.**

APÊNDICE 1 – PLANO DE AULA PARA ENFERMAGEM E CONTEÚDO  
MINISTRADO.

## PLANO DE AULA

**OBJETIVO GERAL:** Ministrar aula teórico-prática da disciplina Enfermagem em Primeiro Socorros, no curso de Enfermagem UFSC.

**PÚBLICO ALVO:** Acadêmicos da 1º fase do curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.

**DATAS:** 21 e 28 de junho, 05 de julho, 16 e 23 de agosto das 10:10hs às 12:00hs

### ASSUNTOS:

- 1º AULA – Parada Cárdio-respiratória e Reanimação Cárdio-respiratória (teoria)
- 2º AULA – Reanimação Cárdio-respiratória (prática)
- 3º AULA – Traumatismo em tecidos moles
- 4º AULA – Traumatismo músculo-esquelético (teoria)
- 5º AULA – Imobilização e transporte (prática)

### TÉCNICAS:

Uso de recursos visuais (retroprojeter);

Oficina de debates sobre tópicos do tema central;

Uso de manequins de RCP, maca rígida longa, gazes, ataduras, tala moldável, colar cervical, colete de imobilização dorsal e kit de simulação de ferimentos e fraturas;

Divisão em grupos para realizar atividades práticas;

Realização de simulados.



**AVALIAÇÃO:** Se dará no final das atividades através das falas dos alunos, além da avaliação prevista no programa da disciplina e que será realizada pela professora titular da disciplina.

## **Parada Córdio-RESPIRATÓRIA (PCR)**

**e**

## **Reanimação Córdio-Respiratória (RCR)**

3Pedro Paulo Scremin

4Danton Carlos de Carvalho Junior

### **Introdução**

As emergências decorrentes de parada córdio-respiratória, tem suas origens tanto nas doenças cardiovasculares quanto nos agravos traumáticos. Segundo NASI et. al, (1994), “o trauma, um crescente problema de saúde pública no Brasil, produz cerca de 50.000 mortes por ano...” Ainda conforme KNOBEL (1994), “no Brasil o traumatismo físico é a terceira causa global de mortalidade e a primeira na faixa etária de cinco a 40 anos”. E “essa epidemia que assola o país pode e deve ser enfrentada executando-se programas em nível de prevenção, atendimento pré-hospitalar, atendimento hospitalar e reabilitação” (KNOBEL, 1994). Por outro lado, as doenças cardiovasculares são a primeira causa de mortalidade geral no Brasil, sendo que “a doença coronariana predomina” (LANE, 1994).

A sistematização das técnicas de RCR e a transmissão desse conhecimento para a população, juntamente com medidas de prevenção dos eventos que levam a PCR, “possibilitam o salvamento de muitas vidas ameaçadas e melhoram a qualidade de vida de pessoas que sofrem de emergências cardiovasculares e traumáticas”(TIMERMAN, 2000, p. 747).

Para aumentar o índice de sobrevivência de pessoas que sofrem de PCR (...) a Amercian Heart Association (AHA) adotou uma padronização de condutas sistematizadas em ressuscitação, onde o sucesso das intervenções depende de esforços interligados entre si, que é chamado de “corrente de sobrevivência” que

prevê ações de Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV). Primeiramente, convém destacar as diferenças nesses níveis de atendimento. Para tanto, vejamos antes o que vem a ser Atendimento Pré-hospitalar (APH), ou seja, um dos eixos de atendimento dentro da corrente de sobrevivência.

### **Atendimento Pré-hospitalar: Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de vida (SAV)**

Na atualidade, o APH tem o seguinte conceito mais difundido entre os estudiosos do assunto: “são medidas ou providências de emergência/urgência, ao nível de suporte básico ou avançado da vida, fora do ambiente hospitalar e no percurso para o hospital onde a vítima terá o atendimento definitivo de sua condição específica” (OLIVEIRA, 1993). Mediante este entendimento o Atendimento Pré-hospitalar divide-se em duas formas de atendimento derivadas do nível de complexidade da emergência/urgência. Deste modo, os sistemas permitem (dentro da corrente de sobrevivência) desde o atendimento mais simples através do Suporte Básico da Vida até o atendimento mais complexo através do Suporte Avançado da Vida, onde neste último, é imprescindível recorrer ao mais elevado grau tecnológico, inclusive em se tratando de conhecimento técnico-científico, a saber:

a) Por Suporte Básico da Vida entendemos aqueles “procedimentos simples de emergência que podem ajudar uma pessoa em falência respiratória e/ou circulatória” (CHAIRMAN, HECKMAN, 1991, p. 2). Essas medidas consistem “no reconhecimento e na correção imediata da falência dos sistemas respiratórios e/ou cardiovascular, ou seja, avaliar e manter a vítima respirando, com pulso e sem hemorragias” (OLIVEIRA, 1996, p. 10). Em outras palavras, estabilizar os sinais vitais da vítima para que ela possa ser conduzida (por profissionais habilitados), até o pronto socorro ou unidade hospitalar mais próxima, ou se a situação da vítima permitir, até o pronto socorro ou unidade hospitalar referência.

b) Por Suporte Avançado da Vida, entendemos o conjunto de procedimentos intensivos e invasivos, através de equipamentos especiais, realizados por profissionais habilitados, visando estabilizar e restabelecer os sinais vitais da vítima, no próprio local da cena, ou dentro da UTI (Unidade de Terapia Intensiva) móvel e



mais importante, está comprovado que 90% das vítimas que ressuscitaram de uma PCR apresentaram FV; e

Suporte precoce: Controle avançado da via aérea e medicações apropriadas ao ritmo cardíaco devem ser aplicadas tão logo possível.

Conforme LANE (1994, p. 14), “a RCR por si só não é suficiente para salvar vidas na maioria das paradas cardíacas, mas é o primeiro elo de uma corrente vital para que a vítima possa ser salva”.

As medidas iniciais de atendimento devem ser fornecidas por pessoas previamente treinadas ou profissionais habilitados, e baseadas num conhecimento sistematizado que proporcione um conjunto seqüencial no atendimento. Desta forma, tais medidas evitam o agravamento das lesões já estabelecidas e diferenciam o atendimento por ventura prestado por leigos não treinados, ou seja, um atendimento que no afã de ajudar, pode acabar agravando a situação da vítima. Portanto, este corpo de conhecimento sistematizado, denominado de APH, compreende ações de resgate - estabelecer e restabelecer a situação da vítima - que envolvem transporte adequado e encaminhamento correto às unidades de atendimento.

durante o deslocamento para o hospital ou pronto socorro referência ao tipo de trauma sofrido, pré-diagnosticado. De acordo com NASI (1994, p. 6), “a UTI móvel surgiu da necessidade de transportar pacientes graves e compreende, além de pessoal treinado (médico, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem e condutor de veículo de emergência) [no Brasil], equipamentos que permitam a monitorização e tratamento do paciente durante o percurso”.

Feito estas considerações, podemos então comentar a proposta da AHA, a corrente de sobrevivência que é composta de quatro elos:

Acesso precoce: A pessoa que reconhece uma emergência deve imediatamente solicitar ajuda e atendê-la prontamente;

RCR precoce: Manobras de reanimação com abertura das vias aéreas, ventilação e circulação sanguínea devem ocorrer tão breve quanto possível;

Desfibrilação precoce: Identifica e trata o ritmo de fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular (TV) sem pulso. Considerada pela AHA a intervenção isolada

É fato que o atendimento realizado ao nível de SBV, é extremamente básico no local da emergência, qualificando apenas o resultado do atendimento ou da remoção que deverá ser realizado por meio de SAV (se a situação requerer). Ou seja, o que se realiza dentro do SBV é garantir dentro das restritas condições ao nível desse suporte básico da vida, que a vítima seja corretamente removida do local do acidente, que as lesões não sejam agravadas, que os sinais vitais sejam mantidos e que possa chegar através de um transporte adequado, o mais rápido possível num hospital para o atendimento final. Em resumo, que a vítima seja conduzida viva para o hospital onde será atendida.

### **Parada Cárdio-Respiratória (PCR)**

#### **Conceito**

Vários conceitos são utilizados para definir PCR. SANTOS et al., (1999, p. 52) diz que “parada cardíaca é a interrupção repentina da função de bombeamento cardíaco, que pode ser revertida com intervenção rápida, mas que causa a morte se não for tratada”. Outro conceito importante que encontramos é descrito por KNOBEL, (1994, p. 84), onde “designa-se parada cardíaca a cessação súbita e inesperada da circulação, em paciente cuja expectativa de morte não existia”. NASI et al., (1994, p. 17), conceitua parada cardíaca “como a cessação da atividade mecânica ventricular eficaz”. Convém salientar ainda que freqüentemente designa-se o termo parada cárdio-respiratória devido a inevitável conseqüência de que um desses sistemas pare de funcionar num curto espaço de tempo após o outro sistema parar. Ou seja, mesmo que a parada respiratória aconteça isoladamente, conduz à parada cardíaca em poucos minutos se não for revertida. Por outro lado, se a parada cardíaca acontecer independentemente da parada respiratória, poucos segundos serão necessários para que a para respiratória também aconteça.

#### **Causas**

Como vimos na introdução, as paradas cardíacas ou respiratórias ou PCR, podem ser decorrentes das doenças cardiovasculares - como por exemplo o infarto



agudo do miocárdio que decorre da isquemia das artérias coronarianas – mas podem ser decorrentes de causas externas que levam aos traumatismos diversos. De acordo LANE (1994, p. 11), “inúmeras causas podem levar à parada respiratória e/ou cardíaca, como sufocamento, afogamento, pneumotórax hipertensivo, hemopericárdio, choque elétrico, obstrução de vias aéreas, broncoespasmo, alergias, trauma, uso excessivo de drogas e acidente vascular cerebral”. SANTOS et al. (1999, p. 52), classifica estas causas de PCR em dois grupos:

⇒“primárias ou cardíacas: Aquelas com origem no próprio coração (ex: isquemia cardíaca que resulta na chegada de quantidade insuficiente de sangue oxigenado ao coração), causando uma arritmia cardíaca, geralmente a fibrilação ventricular. As causas primárias são as principais causas de parada cardíaca no adulto que não foi vítima de traumatismo.

⇒secundárias: A disfunção do coração é causada por problema respiratório ou por causa externa. São as principais causas de PCR em crianças e vítimas de traumatismos.

- 1) Oxigenação deficiente: Obstrução de vias aéreas e doenças pulmonares.
- 2) Transporte inadequado de O<sub>2</sub>: Hemorragias graves, estados de choque e intoxicação pelo CO.
- 3) Ação de fatores externos sobre o coração: Drogas e descargas elétricas.

### **Sinais que indicam PCR**

Baseado em SANTOS et al. (1999), LANE (1994), KNOBEL (1994), NASI et al. (1994) e TIMERMAN (2000), os sinais – enquanto achados clínicos objetivos – mais comuns que indicam PCR são:

- Ausência de pulso em grande artéria: No adulto pode ser verificado na artéria carotídea e no lactente na artéria braquial;
- Ausência de respiração: A parada respiratória ou ausência de respiração pode preceder a parada cardíaca ou ocorrer após o seu estabelecimento;

- Inconsciência: a inconsciência por si só, não nos leva a concluir que a pessoa esteja em PCR, pois pode acontecer em várias outras situações de emergência. No entanto, toda pessoa em PCR está inconsciente, ou seja, não responde a estímulo verbal e/ou doloroso;
- Midríase: É um achado tardio, pode aparecer em até 45 segundos após a parada cardíaca, porém, pode ocorrer em outras situações e por isso não deve ser utilizada isoladamente para diagnóstico de PCR pois também é um achado inespecífico. Também não deve ser utilizada para definir que a vítima encontra-se com lesão cerebral irreversível, mas a persistência da midríase com a RCR é sinal de mau prognóstico;
- Palidez/cianose: Geralmente nos infartos fulminantes, a palidez é o achado instantâneo que se dá no momento da parada; aos poucos a vítima evolui para a cianose de extremidades;
- Imobilidade: Também é um sinal inespecífico e pode aparecer em outras situações.

Sendo assim, somente a ausência de pulso em grande artéria e ausência de respiração, podem ser considerados sinais específicos de PCR, portanto, são os sinais clínicos mais importantes; os demais são sinais que complementarão o diagnóstico baseado nestes dois achados clínicos.

## **Consequências**

Sabemos que, com a diminuição da circulação sangüínea, diminui a quantidade de sangue nos órgãos vitais levando a morte celular destes órgãos. No que se refere às respostas a diminuição da quantidade de sangue circulante, “os órgãos mais sensíveis à falta de oxigênio são o cérebro e o coração” (SANTOS et al., 1999, p. 54). Ainda conforme o autor, “a lesão cerebral irreversível ocorre geralmente após quatro a seis minutos (morte cerebral)” (SANTOS et al., 1999, p. 54).

## **Reanimação Cárdio-Respiratória (RCR)**

### **Conceito**

Vários termos são utilizados para se referir às técnicas de reanimação, porém o termo mais abrangente é Reanimação Cárdio-respiratória Cerebral pois “engloba todas as medidas terapêuticas visando a recuperação das funções cárdio-circulatórias, respiratórias e a preservação da integridade funcional do sistema nervoso central” (KNOBEL, 1999, p. 84).

Conforme SANTOS et al. (1999, p. 54), “RCP é a técnica adotada para retardar a lesão cerebral até a instituição de medidas de suporte avançado e/ou desfibrilação. Consiste na associação das técnicas de abertura das vias aéreas, ventilação artificial e compressões torácicas”.

### **Objetivos**

KNOBEL (1999, p. 84), afirma que “a causa mais freqüente de parada cardíaca reversível em adultos é a cardiopatia isquêmica, sendo que mais da metade das mortes causadas por ela são súbitas e imprevisíveis. É provável que grande parte dessas mortes poderia ser evitada por socorro imediato, o que também é válido nos casos de afogamento, intoxicações medicamentosas, asfixias e eletrocuções. Independente da etiologia da parada cardíaca, a realização sistemática de etapas fundamentais de reanimação cárdio-respiratória pode evitar lesões cerebrais irreversíveis”. Ainda conforme TIMERMAN et al. (2000, p. 747), “o índice de sobrevivência de pessoas em RCR eleva-se acentuadamente quando o suporte básico de vida (SBV) é iniciado nos primeiros quatro minutos e o suporte avançado de vida (SAV) até oito minutos, pois em quatro minutos o cérebro começa a sofrer danos e em dez minutos a morte cerebral está confirmada”. Feito essas considerações, podemos relacionar alguns objetivos de se realizar RCR ao nível de suporte básico de vida, quais são:

- Oxigenar e circular o sangue até que seja iniciado o tratamento definitivo, “pois a quantidade de sangue circulante está entre 10 e 30% do normal” (SANTOS et al., 1999, p. 55).



- Retardar a lesão cerebral;
- Prolongar a duração da fibrilação ventricular (FV), impedindo que se transforme em assistolia e permitir que a desfibrilação precoce tenha sucesso, tendo em vista que a arritmia mais importante na PCR é a FV (“aproximadamente 90% dos casos”, segundo a American Heart Association - AHA).
- Reverter a PCR em alguns casos por causas respiratórias, principalmente nos casos de afogamentos onde, segundo NASI et al. (1994, p. 19), “em 10 a 12% dos casos de afogamento não há aspiração, devido ao espasmo glótico intenso e a morte é por asfixia”.

### **Abordagem da vítima em PCR**

As etapas fundamentais de reanimação foram preconizadas pela American Heart Association através do Advanced Circulation Life Support (ACLS), que adota a seqüência de prioridades que devem ser tratadas de imediato no indivíduo em PCR. “Estas manobras podem e devem ser executadas fora de unidades hospitalares por pessoal leigo, visto que o atendimento rápido é fundamental para o sucesso terapêutico” (KNOBEL, 1994, p. 84). As manobras de reanimação incluem as etapas mnemônicas “ABCD” onde:

A = Airway = Abertura de vias aéreas

B = Breathing = Ventilação artificial

C = Circulation = Suporte circulatório (compressão torácica externa)

D = Differential diagnosis = Diagnóstico diferencial / Desfibrilação

Tais procedimentos correspondem a avaliação primária da vítima que, segundo OLIVEIRA (1996), “é sempre o primeiro passo após a verificação das condições de segurança no local do acidente. Deve-se posicionar-se ao lado da vítima e executar o exame rapidamente, geralmente em um prazo inferior a 45 segundos, para determinar as condições da vítima nas seguintes áreas:

1. Consciência;

2. Vias aéreas;
3. Respiração;
4. Circulação.

O propósito do exame primário consiste na identificação e correção imediata das falhas nos sistemas respiratório e/ou cardiovascular, que representem risco iminente de vida ao vitimado”.

### **Passos da reanimação cárdio-respiratória**

1. Verificar segurança
  - Socorrista;
  - Vítima;
  - Curiosos, familiares, informantes e outros.
2. Verificar o estado de consciência
  - A – Alerta
  - V – Responde a estímulo verbal
  - D – Responde a estímulo doloroso
  - I – Irresponsável

Estimular a vítima com movimentos leves nos ombros e perguntar em voz alta: “Como você está?”.

Se a vítima está consciente (respira e tem batimentos cardíacos), pesquisar hemorragias externas e realizar exame secundário. Se está inconsciente, seguir para o passo seguinte.

3. Pedir ajuda

Se a vítima está inconsciente, peça ajuda.

4. Acionar o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (SvAPH)

Acione ou peça para alguém acionar o serviço de atendimento à emergências / urgências (fone 193 ou 192).

## 5. Posicionar a vítima

Coloque a vítima sobre uma superfície plana e rígida, deitada de costas.

## 6. Abrir as vias aéreas (VA)

Escolher o método adequado para assegurar uma VA permeável:

- Manobra de extensão da cabeça (método da cabeça inclinada e mandíbula elevada);
- Manobra modificada (método de empurre mandibular) → para suspeita de lesão de pescoço ou coluna

## 7. Verificar a respiração

Usar a técnica do ver, ouvir, sentir (VOS). Se a vítima não respira, promover 2 ventilações lentas (5 segundos em adulto).

Obs.: Se o ar não passa, reposicionar a cabeça e ventilar novamente. Se o ar não passa, assumir que a vítima tem obstrução de VA por corpo estranho e voltar às manobras de desobstrução.

## 8. Verificar o pulso

Apalpar o pulso na artéria carotídea no lado em que estiver posicionado.

Se a vítima tem pulso, manter o suporte ventilatório (1 ventilação a cada 5 segundos).

Se não houver pulso, posicionar-se ao lado da vítima, na altura do tórax, com ambos os joelhos no chão e iniciar as compressões torácicas.

Em bebês: verificar o pulso na artéria braquial.

## 9. Localizar o local das compressões

Localize a borda das costelas e deslize os dedos da mão direita para o centro do tórax, identifique por apalpação o final do osso esterno (processo xifóide). Marque dois dedos a partir do final do osso esterno e posicione a região hipotenar de sua mão esquerda logo acima deste ponto (terço inferior do esterno), bem no meio do peito da vítima. Sobreponha sua mão direita sobre a esquerda entrelaçando-as, e inicie as compressões.



Em crianças, realizar as compressões com apenas uma das mãos, posicionando-a da mesma forma que no adulto.

Em bebês, comprimir sobre o esterno um dedo abaixo da linha imaginária entre os mamilos.

#### 10. Colocação correta das mãos

Comprimir com a região hipotenar da mão sobre o meio do peito da vítima. Sobrepor a segunda mão sobre a primeira e entrelaçar os dedos para que não entrem em contato com as costelas.

Crianças: Usar somente a região hipotenar de uma mão.

Bebês: Usar somente dois dedos.

#### 11. Posicionar corretamente o corpo do socorrista

Reclinar-se sobre a vítima, com os braços esticados (não dobrar os cotovelos) e utilizar o peso corporal para comprimir o tórax.

#### 12. Reavaliar o pulso

Ao término do primeiro minuto verificar o retorno do pulso carotídeo (ou braquial em bebês). Depois, checar a cada 3 minutos.

## RCR – Lista de consulta

|   | ADULTOS<br>(Acima de 8 anos)   | CRIANÇAS<br>(de 1 a 8 anos)                         | BEBÊS<br>(Menor de 1 ano)                     |
|---|--|---|---|
| Parada respiratória com pulso presente, faça uma ventilação a cada... | 5 segundos   | 3 segundos  | 3 segundos                                    |
| Local da compressão torácica externa...                               | 2 dedos acima do final do processo xifóide   | Como no adulto                                      | 1 dedo abaixo da linha média entre os mamilos |
| Método da compressão sobre o esterno...                               | 2 mãos sobrepostas, com a região hipotenar de uma mão sobre o peito e a outra, entrelaçando sobre esta | Somente a região hipotenar de uma mão sobre o peito | 2 ou 3 dedos                                  |
| Número de compressões por minuto... (média)                           | 100  | 120   | 120   |
| Afundamento do esterno durante as compressões...                      | 3,5 à 5 cm   | 2,5 à 3,5 cm  | 1,5 à 2 cm                                    |
| Razão entre compressões e ventilações...                              | 15 por 2   | 5 por 1   | 5 por 1                                       |

Adaptado de: OLIVEIRA (1996, p. 43)

Obs.: 1) É necessário contar (1,2,3,4,5...15, ventila) durante a RCR, para sincronizar o ritmo para o número de compressões/minutos indicadas;

2) Deve ser feita uma pausa durante as compressões para realizar a ventilação.

### **Algumas complicações por manobras inadequadas de RCR**

- A vítima não está sobre uma superfície rígida;
- A vítima não está em posição horizontal (se a cabeça está elevada, o fluxo sanguíneo cerebral está deficitário);
- As vias aéreas não estão permeáveis;
- A boca ou máscara não está apropriadamente selada na vítima e o ar escapa;
- As narinas da vítima não estão fechadas (se ventilação boca-a-boca);
- Mãos colocadas incorretamente ou em local inadequado sobre o tórax;
- As compressões são muito profundas ou demasiadamente rápidas (não impulsionam volume sanguíneo adequado);
- Razão ventilação X compressão inadequada;
- A força empregada na compressão é maior que a indicada, lesionando o órgão e fraturando costelas.

### **Limitações**

“O suporte básico de vida sem desfibrilação não é capaz de manter a vida por períodos prolongados. A reversão da PCR na maioria dos casos também não é obtida...”(SANTOS et al., 1999, p. 55). Assim, é necessário intervir precocemente com desfibrilação e suporte avançado de vida para reverter a vítima ao ritmo normal do coração, na maioria dos casos.

Como vimos, existem programas relacionados diretamente na intervenção dos acontecimentos súbitos, ou seja, após se instalar a parada cardíaco-respiratória, como é o caso da “Corrente de Sobrevivência” lançado pela American Heart Association que já está sendo divulgado no Brasil. Este programa prevê uma redução dos índices de mortalidade através dos “elos: acesso precoce, RCR



precoce, desfibrilação precoce e SAV precoce (...); se alguns desses elos for inadequado, os índices de sobrevivência serão baixos” (TIMERMAN, 2000, p. 748).

Particularmente acreditamos que no Brasil, por vivermos uma realidade um tanto diferente dos países ricos, temos outras prioridades além dessa. Existe um universo de pessoas passando fome, desempregadas, sem ter onde morar, enfim, vivendo sobre condições precárias de vida. Portanto, pensamos que programas como esse que requer investimentos e treinamento da população em técnicas de RCR, pode ser complementar a um programa principal que deve estar diretamente relacionado à prevenção dos eventos que levam aos acontecimentos súbitos de parada cardíaco-respiratória, o que requer medidas que estão diretamente ligadas à melhoria das condições de vida de ampla maioria da população.

#### **Referências Bibliográficas:**

CHAIRMAN, M. D.; HECKMAN, J. D. **Emergency care e transportation**. 5º edição. Rosemont: American Academy of Orthopedic Surgeons, 1991.

LANE, J. C. **Manual de reanimação cardiorrespiratória**. 2ª ed. São Paulo: AGE, 1994.

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. São Paulo: Editora Atheneu, 1994.

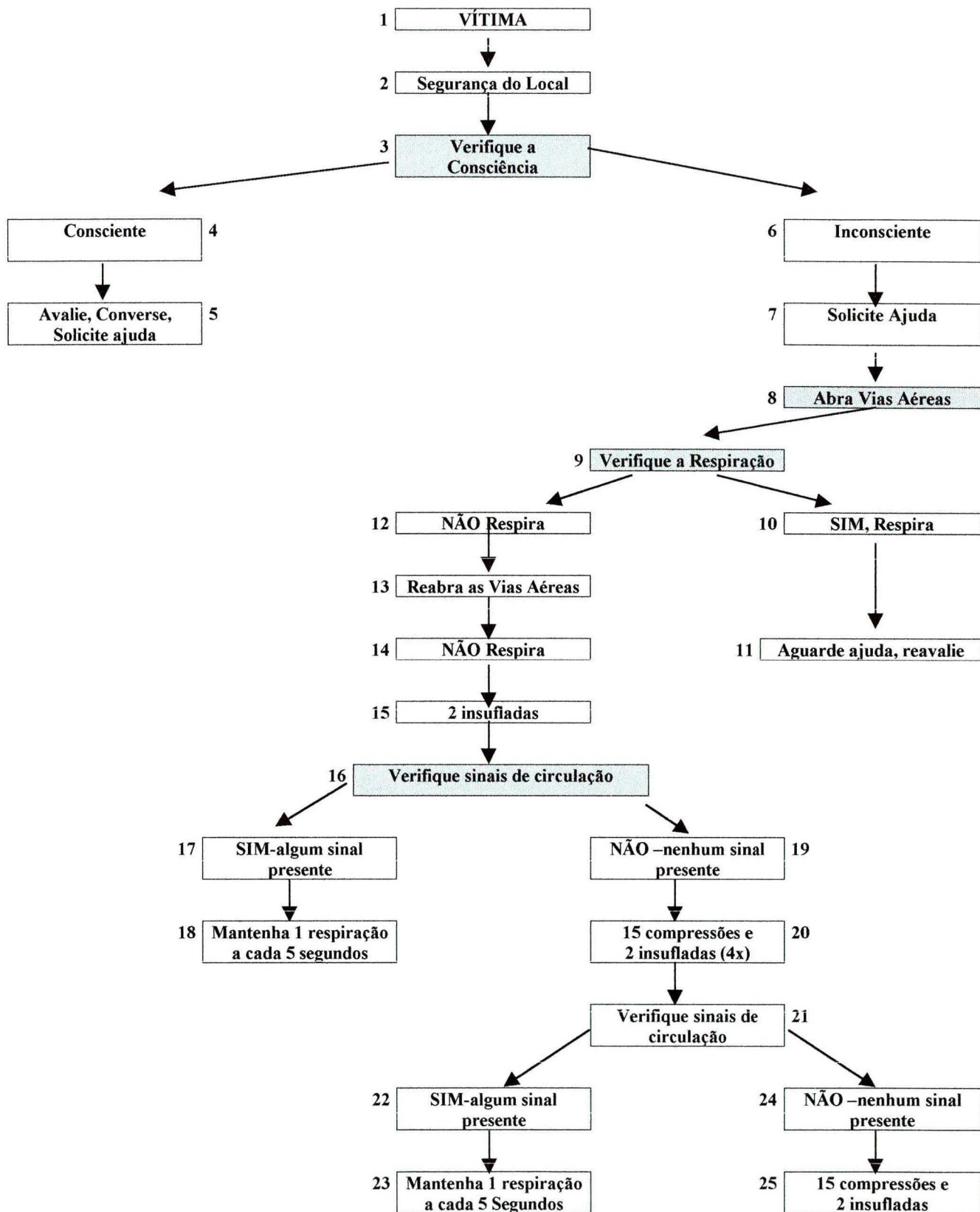
NASI, A. L., et. al. colaboradores. **Rotinas em pronto socorro: politraumatizados, emergências ambulatoriais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

OLIVEIRA, M. **Fundamentos do socorro pré-hospitalar: suporte básico de vida**. Florianópolis: CIASC. 85p. 1996.

SANTOS, R. R., et al. **Manual de socorro de emergência**. São Paulo: Editora Atheneu, 1999.

TIMERMAN, S., et al. **Suporte básico e avançado de vida em emergência.** Brasília: Centro de Documentação e Informação/Coordenadoria de publicações, 2000.

## Algoritmo da Parada Cárdio-Respiratória (em adulto)



FONTE: Site <www.aph.com.br> acesso em junho de 2002, conforme Guidelines 2000 do AHA

Obs.: Sinais de circulação: pulso carotídeo (ou braquial em bebês), respiração, tosse e movimentos.



## FERIMENTOS

*5Danton Carlos de Carvalho Junior*

Através de nossas próprias experiências, desde a infância até a vida adulta, e de outras pessoas com as quais convivemos, podemos ter um entendimento geral sobre ferimentos. Normalmente no decorrer de nossas vidas já nos deparamos com arranhões, contusões e algumas pessoas até mesmo com amputações.

Como enfermeiros, devemos aprofundar estes conhecimentos, sabermos como reconhecer os tipos de ferimentos e providenciar cuidados a estes ferimentos.

### CONCEITO

São lesões que geralmente comprometem os tecidos moles (pele, músculos, nervos, vasos sanguíneos, tecidos gordurosos, células dos órgãos e glândulas). “Causam dor, produzem sangramento e podem causar infecções” (OLIVEIRA, 1996, p. 50).

### TIPOS

Os ferimentos podem ser classificados em fechados e abertos.

#### 1. Fechados

Não existe perda de continuidade da superfície cutânea, a pele permanece íntegra. Normalmente é causada por um objeto rombudo. O ferimento fechado pode causar um simples sangramento interno à ruptura de um órgão interno.

### 1.1. Contusão

São lesões muito dolorosas. Normalmente causada pelo impacto de um objeto rombudo. Sempre há um sangramento interno associado a contusão. Sangue flui entre os tecidos, causando uma coloração azul para preto (hematoma) ou amarelada (equimose).

Cuidados: Ficar alerta para lesões internas. Utilizar compressas frias e manter o repouso.

## 2. Abertos

Existe uma perda de continuidade da superfície cutânea, a pele não permanece íntegra. O corpo perde sua proteção natural (pele), ficando vulnerável a contaminações / infecções.

### 2.1. Abrasão

São os arranhões, escoriações e raspões. Lesões da camada superficial da pele (epiderme), apresentam sangramento discreto e costuma ser dolorosa.

Cuidados: Limpeza com soro fisiológico ou água limpa, cobertura com curativo estéril de material não aderente<sup>6</sup>, fixado com ataduras.

### 2.2. Incisão

São lesões de bordas regulares, produzidas por objeto cortante, que podem causar sangramentos variáveis e danos a tecidos profundos, como tendões, músculos, nervos e vasos sanguíneos podendo causar hemorragia com risco de vida.

Cuidados: Limpeza com soro fisiológico ou água limpa, cobertura com curativo estéril de material não aderente, fixado com ataduras.

### 2.3. Laceração

São lesões de bordas irregulares, produzido por um objeto que não tem a extremidade afiada ou as vezes é produzido pelo impacto de um objeto rombudo sobre a superfície óssea.

Cuidados: Limpeza com soro fisiológico ou água limpa, cobertura com curativo estéril de material não aderente, fixado com ataduras.

### 2.4. Perfurante e Penetrante

São lesões causadas pela penetração (não atravessa, tendo somente o orifício de entrada) ou perfuração (atravessa, tendo um orifício de entrada e um de saída) por projéteis ou objetos pontiagudos através da pele e dos tecidos subjacentes. O orifício de entrada pode não corresponder à profundidade da lesão. Deve-se sempre suspeitar de lesão de órgãos internos. Ficar atento que alguns objetos como arma de fogo, por exemplo, podem apresentar um orifício de entrada e outro de saída.

Cuidados: Limpeza com soro fisiológico ou água limpa, cobertura com curativo estéril de material não aderente, fixado com ataduras.

### 2.5. Avulsão

São “lesões onde ocorre o deslocamento da pele em relação ao tecido subjacente, que pode ser mantido ligado ao tecido sadio ou não” (SANTOS, 1999, p. 122).

#### 2.5.1. Parcial

Avulsão onde a pele fica ligada ao tecido sadio.

Tratamento: Recomenda-se recolocar o retalho de pele no local, fazer a limpeza com soro fisiológico ou água limpa, cobertura com curativo estéril de material não aderente, fixado com ataduras.

---

<sup>6</sup> Em primeiros socorros poderá ser usado gaze com soro fisiológico como curativo estéril de material não aderente.



### 2.5.2. Completa

Avulsão onde a pele se desprende totalmente do tecido subjacente.

Tratamento: Local da avulsão ☞ Fazer a limpeza com soro fisiológico ou água limpa, cobertura com curativo estéril de material não aderente, fixado com ataduras.

Retalho de pele ☞ Guardar o retalho envolto em gaze estéril umedecida com soro fisiológico, colocando-o dentro de um saco plástico e colocando este então dentro de um segundo saco ou caixa de isopor repleto de gelo. Não esquecer de levar junto da vítima.

### 2.6. Amputação

São lesões em que há separação de um membro ou de uma estrutura protuberante do corpo. Podem ser causadas por objetos cortantes, por esmagamentos, ou por forças de tração.

Tratamento: Seu tratamento inicial deve ser rápido, pela gravidade da lesão e pela possibilidade de reimplante.

Local da amputação ☞ Fazer a limpeza com soro fisiológico ou água limpa, cobertura com curativo estéril de material não aderente, fixado com ataduras.

Parte amputada ☞ Guardar a parte amputada envolta em gaze estéril umedecida com soro fisiológico, colocando-a dentro de um saco plástico e colocando este então dentro de um segundo saco ou caixa de isopor repleto de gelo. Não esquecer de levar junto da vítima.

## FERIMENTOS ABDOMINAIS

- Expor o local e cobrir todo o ferimento com curativo estéril úmido ou plástico;
- Não recolocar órgãos eviscerados;
- Irrigar com soro fisiológico as vísceras abdominais exteriorizadas, para prevenir o ressecamento das mesmas;

- Não remover objetos cravados ou empalados;
- Transportar em decúbito dorsal com as pernas fletidas (afrouxando a musculatura abdominal);
- Órgãos sólidos ➤ fígado e baço (sangram muito) e  
Órgãos ocos ➤ estômago e intestino (altamente contaminantes)

## FERIMENTOS OCULARES

- Cobrir o globo ocular lesado com curativo úmido;
- Estabilizar o objeto cravado com atadura de crepom em forma de anel e nunca tentar removê-los;
- Não tente recolocar o olho na cavidade orbital;
- Tampar os dois olhos para evitar a movimentação do globo ocular lesado (movimento concomitante automático);
- Oriente-o porque você está tampando os dois olhos e nunca deixe-o sozinho.

## CUIDADOS COM OS FERIMENTOS ABERTOS

Os primeiros socorros de ferimentos em tecidos moles está direcionado para controlar sangramentos e prevenir contaminações / infecções.

➤ Proteção individual;

➤ Expor o local do ferimento (se necessário remover roupas que estão sobre o ferimento);

➤ Explicar a vítima o que está sucedendo e o que vai ser realizado;

☞ Evitar tocar no ferimento;

☞ Limpa-lo com S.F ou água e sabão;

☞ Cobrir com gaze ou pano limpo, para controlar sangramento e prevenir contaminação. Não utilizar para fazer o curativo algodão ou lenço de papel, pois podem aderir ao ferimento e são difíceis de retirar. Uma vez aplicado o curativo deve permanecer no local;

☞ Fixar com atadura de crepon ou esparadrapo, tomando os seguintes cuidados:

- “Não aperte muito a atadura;
- Não faça a atadura muito apertada;
- Não deixe as extremidades da atadura soltas;
- Não cubras as extremidades dos dedos da mão e do pé, a menos que estejam feridos. Estas áreas devem ficar expostas o que indicaria uma alteração da circulação local ou que a atadura está muito apertada;
- Faça a atadura no sentido da extremidade para a raiz do membro (distal para proximal). Este cuidado reduzirá as chances de restringir a circulação e pode envolver o membro mais firmemente” (BERGERON, 1999, p. 242);

☞ Não remover corpos estranhos que estejam fixados no ferimento;

☞ Manter a vítima em repouso e tranquiliza-la;

☞ Encaminhar a vítima para o hospital;



Obs.: Todos as vítimas portadoras de ferimentos abertos, não importando a etiologia e localização, devem ter sua situação vacinal avaliada. A primeira a ser avaliada deve ser a profilaxia do tétano e, se for mordedura de animais, também a profilaxia da raiva.

### **Referências Bibliográficas:**

CHAIRMAN, M. D.; HECKMAN, J. D. **Emergency care e transportation**. 5° edição. Rosemont: American Academy of Orthopedic Surgeons, 1991.

OLIVEIRA, M. **Fundamentos do socorro pré-hospitalar**: suporte básico de vida. Florianópolis: CIASC. 85p. 1996.

SANTOS, R. R., et al. **Manual de socorro de emergência**. São Paulo: Editora Atheneu, 1999.

BERGERON, J. D.; BIZJAK, G. **Primeiros socorros**. São Paulo: Editora Atheneu, 1999.

## TRAUMATISMOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS

7Pedro Paulo Scremin

8Danton Carlos de Carvalho Junior

### Introdução

O sistema músculo-esquelético é formado por músculos, ossos e articulações com presença de tecido conjuntivo, que em conjunto com os vasos sanguíneos e nervos, compreendem assim, uma grande porção do corpo humano que esta exposta aos riscos de sofrer algum tipo de trauma.

O trauma nestas estruturas normalmente provocam os mesmos sinais e sintomas que são conhecidos como:

**D**<sub>or</sub>

**E**<sub>dema</sub>

**D**<sub>eformidade</sub>

Os problemas traumatológicos representam cerca de 15 a 25% dos casos de atendimento pré-hospitalar. Isto se deve principalmente ao aumento da utilização de veículos motorizados, ao aumento da industrialização como o emprego de maquinaria pesada, ao aumento da esperança de vida e a prática de desportos por pessoas sem a preparação suficiente.

---

7 Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem / UFSC.

8 Aluno da 8º fase de Graduação em Enfermagem / UFSC.

## Noções de anatomia

Ossos – São estruturas firmes (cerca de 206) que têm quatro funções principais:

- Suporte do corpo;
- Junto com os músculos permitem a movimentação do corpo;
- Proteção dos órgãos vitais (crânio, coluna vertebral, costelas e pélvis);
- Produção de células sangüíneas.

Ligamentos – Feixes de tecido conjuntivo resistente que ligam um osso a outro nas articulações.

Tendões – Feixes de tecido conjuntivo resistentes que ligam um músculo a um osso, permitindo o movimento.

Músculos – Tecidos capazes de se contrair, seu encurtamento possibilita os movimentos do corpo. O corpo humano tem cerca de 600 músculos.

## Tipos de lesão

Fraturas:

É uma interrupção na continuidade do osso. Classificam-se em:

- Fechada (simples) ⇒ A pele sobre a lesão esta intacta;
- Aberta (exposta) ⇒ Ocorre solução de continuidade da pele sobre a lesão, que pode ser produzida pelos próprios fragmentos ósseos ou por objetos penetrantes.

Sinais e Sintomas:

▫ Deformidade: a fratura produz uma posição anormal ou angulação num local que não possui articulação;



- Sensibilidade: geralmente o local da fratura está muito sensível ou doloroso;
- Crepitação: se a vítima se move podemos escutar um som áspero, produzido pelo atrito das extremidades fraturadas. Não pesquisar este sinal intencionalmente, porque aumenta a dor e pode provocar lesões;
- Edema e alteração de coloração: quase sempre a fratura é acompanhada de um certo inchaço provocado pelo extravasamento de líquido entre os tecidos e as hemorragias. A alteração de cor, dependendo do local, poderá demorar várias horas para aparecer;
- Impotência funcional: perda total ou parcial dos movimentos das extremidades. A vítima geralmente protege o local fraturado, não pode mover-se ou o faz com dificuldade devido a dor intensa e a perda funcional;
- Fragmentos expostos: numa fratura aberta, os fragmentos ósseos podem se projetar através da pele ou serem vistos no fundo do ferimento.

Obs.: “O envelhecimento e determinadas doenças ósseas (osteoporose) aumentam o risco de fraturas, que podem ocorrer mesmo após traumatismos banais. Estas lesões são chamadas fraturas patológicas (SANTOS, 1999, p. 167)”.

#### Luxações:

É o desalinhamento das extremidades ósseas de uma articulação, fazendo com que as superfícies articulares percam o contato entre si. Os danos a tecidos moles geralmente podem ser muito grave, afetando vasos sangüíneos, nervos e a cápsula articular.

#### Sinais e Sintomas

- Deformidade: mais acentuada na articulação luxada;
- Edema;
- Dor: aumenta se a vítima tenta movimentar a articulação;

▫ Impotência funcional: perda completa ou quase total dos movimentos articulares.

Entorses:

São lesões aos ligamentos, causadas normalmente por uma torção ou distensão brusca de uma articulação, além de seu grau normal de amplitude. Podem ser lesões leves (estiramento) ou graves, causando ruptura completa do ligamento. “As formas graves produzem perda da estabilidade da articulação às vezes acompanhada por luxação (SANTOS, 1999, p. 167)”.

Sinais e Sintomas

- Edema;
- Dor: aumenta se a vítima tenta movimentar a articulação ou na palpação;
- Vermelhidão.

Distensões:

“Lesões aos músculos ou seus tendões, geralmente são causadas por hiperextensão ou por contrações violentas. Em casos graves pode haver ruptura do tendão (SANTOS, 1999, p. 167)”.

Sinais e Sintomas

- Pouco inchaço;
- Dor em queimação imediata.

## Tratamento pré-hospitalar

- ↳ Avaliação Inicial;
- ↳ Avaliação Dirigida;
- ↳ Histórico;
- ↳ Avaliação da lesão específica (inspeção e palpação);
- ↳ Informar o que está fazendo e o que planeja fazer;
- ↳ Expor o local. As roupas devem ser cortadas e removidas sempre que houver suspeita de fratura ou luxação;

Obs.: Remover anéis e braceletes que podem comprometer a circulação.

- ↳ Cobrir lesões abertas e controlar hemorragias com curativo estéril. Não empurrar fragmentos ósseos para dentro do ferimento, nem tentar removê-los;

- ↳ Observar e anotar o pulso distal, a mobilidade, a sensibilidade e a perfusão;

Obs.: Se não houver pulso distal será necessário tentar reposicionar o membro para recuperar a circulação da extremidade.

- ↳ Imobilização provisória:

Usar tensão suave para alinhar as extremidades ou imobilizar na posição encontrada se houver resistência;

Não reduzir fraturas expostas e luxações;

Movimentar o mínimo possível;

Imobilizar todo o osso fraturado, uma articulação acima e abaixo;

- ↳ Revisar a presença de pulso e a função nervosa. Assegurar-se que a imobilização está adequada e não restringe a circulação;

- ↳ Prevenir ou tratar o choque;

- ↳ Monitorizar sinais vitais.



## Razões para a imobilização provisória

- ☞ Evitar a dor;
- ☞ Prevenir ou minimizar danos aos tecidos moles;
- ☞ Prevenir hemorragias;
- ☞ Diminuição do fluxo sangüíneo, devido a contenção dos movimentos;
- ☞ Traumas fechados que podem tornar-se abertos, aumentando o risco de infecções;
- ☞ Prevenir lesões secundárias, como por exemplo, a paralisia devido a lesão da medula espinhal, nos casos de fratura de vértebras.

## Dispositivos utilizados para imobilização

Talas rígidas;

Talas moldáveis;

Talas infláveis;

Talas de tração;

Colar cervical;

Colete de Imobilização Dorsal (KED);

Bandagens triangulares;

Ataduras de crepon;

Macas rígidas;

Macas a vácuo;

Macas telescópicas.

APÊNDICE 2 – PLANO DE AULA PARA DESBRAVADORES E CONTEÚDO MINISTRADO.

## PLANO DE AULA

**OBJETIVO GERAL:** Ministrar aula teórico-prática da Especialidade de RCP junto a Diretoria do Clube de Desbravadores.

**PÚBLICO ALVO:** Dez membros da Diretoria do Clube de Desbravadores que já tenham como pré-requisito a especialidade de primeiros socorros.

**DATAS:** 24 de agosto das 17:50hs às 19:50hs

**ASSUNTOS:** Requisitos da Especialidade de Reanimação Cárdio-respiratória

### TÉCNICAS:

- Uso de recursos visuais (retroprojektor);
- Oficina de debates sobre tópicos do tema central;
- Realização da atividade prática com um manequim de RCP, AMBÚ, máscara facial e luvas para cada participante.

**AValiação:** Se dará no final da atividade através das falas dos participantes.



## **ANEXOS**

ANEXO 1 – Relação de matérias e técnicas de atendimento ao trauma, que eram ministradas no CFASU do PEET/PAPH do Ministério da Saúde

ANEXO 2 – RESOLUÇÃO CFM nº 1.529/98

ANEXO 3 – RESOLUÇÃO CREMESC Nº 027/97 E 028/97

ANEXO 4 – Portaria MS, Nº 824, de 24 de Junho de 1999

ANEXO 5 – RESOLUÇÃO COFEN, N.º 225, DE 28 DE FEVEREIRO DE 2000

ANEXO 6 – RESOLUÇÃO CFM N.º 1.596/2000

ANEXO 7 – Portaria MS, N.º 814 / GM / MS; Em 01 de Junho de 2001.

ANEXO 8 – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO 9 – INSTRUMENTO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

ANEXO 10 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA DO CLIENTE NO DOMICÍLIO OU DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR

ANEXO 11 – CARTA DE RECOMENDAÇÃO PARA ENTREVISTA DO CLIENTE NO DOMICÍLIO OU DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR

ANEXO 12 – CERTIFICADO DA VI SEMANA DE ENFERMAGEM S.A.M.U – SP

ANEXO 13 – PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA DA VI SEMANA DE ENFERMAGEM S.A.M.U – SP

ANEXO 14 – MANIFESTO DE UMA GUARNIÇÃO DE SOCORRISTAS DO CORPO DE BOMBEIROS SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS CURSOS AUXILIAR E TÉCNICO DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

ANEXO 15 – EQUIPAMENTO ASU – 67

ANEXO 16 – CÓDIGOS DA RADIOCOMUNICAÇÃO

ANEXO 17 – DECLARAÇÃO DO CURSO DE CLÍNICA E TERAPÊUTICA MÉDICA DE URGÊNCIA PARA CIRURGIÕES DENTISTAS

ANEXO 18 – DECLARAÇÃO DO II – SEPEX (SEMANA DE PESQUISA E EXTENSÃO DA UFSC)

ANEXO 19 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO DA V JORNADA DE ENFERMAGEM DO HPS

ANEXO 20 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO DO CURSO PRÉ – JORNADA “TREINAMENTO EM PUNÇÃO VENOSA”

ANEXO 21 – DIRETRIZ DE AÇÃO OPERACIONAL Nº 04/94/CMDO GERAL

ANEXO 1 – Relação de matérias e técnicas de atendimento ao trauma, que eram ministradas no CFASU do PEET/PAPH do Ministério da Saúde



**Relação de matérias e técnicas de atendimento ao trauma, que eram ministradas no CFASU do PEET/PAPH M.S.:**

- Introdução ao treinamento. Trauma, aspectos globais;
- Noções de anatomia e fisiologia;
- Avaliação primária e secundária;
- Parada respiratória;
- Parada cardíaca e reanimação cárdio-respiratória;
- Hemorragias, choque, ferimentos;
- Desinfecção de equipamentos,
- Fraturas, luxações e entorses;
- Técnicas de imobilizações e técnicas de remoções;
- TCE;
- Lesões de tórax e abdome;
- Oxigenioterapia e aspiração;
- Emergências pediátricas;
- Assistência a partos;
- Ocorrências com materiais energizados;
- Sinais de morte;
- Métodos operacionais;
- Noções de entubação.

## ANEXO 2 – RESOLUÇÃO CFM nº 1.529/98

**RESOLUÇÃO CFM nº 1.529/98**

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e regido pela Lei nº 9.649, de 27.5.1998, e

**CONSIDERANDO** que os Conselhos são os órgãos supervisores e disciplinadores da classe médica e fiscalizadores do exercício profissional, devendo, portanto, zelar pelas condições adequadas dos serviços médicos prestados à população;

**CONSIDERANDO** que a responsabilidade fundamental da atividade médica é procurar conservar a vida, aliviar o sofrimento, promover a saúde e melhorar a qualidade e a eficácia do tratamento emergencial;

**CONSIDERANDO** que o médico tem a obrigação de proteger o paciente e não pode delegar a um outro profissional nenhum ato de sua exclusiva competência;

**CONSIDERANDO** a necessidade da existência de serviços pré-hospitalares para o atendimento da urgência/emergência, para poder prestar a assistência adequada à população;

**CONSIDERANDO** que os Conselhos devem regulamentar e normatizar as condições necessárias para o pleno e adequado funcionamento dos serviços pré-hospitalares no atendimento prestado à população, a fim de que neles seja efetivo o desempenho ético-profissional da Medicina;

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 28.8.98,

**RESOLVE:**

Art. 1º - Que o sistema de Atendimento Pré-Hospitalar é um serviço médico e, portanto, a sua coordenação, regulação e supervisão direta e à distância deve ser efetuada por médico.

Art. 2º - Aprovar a "Normatização da Atividade Médica na Área da Urgência-Emergência na sua Fase Pré-Hospitalar", anexa a presente resolução.

Art. 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.



Brasília-DF, 28 de agosto de 1998.

SÉRGIO IBIAPINA FERREIRA COSTA

Presidente em exercício

JÚLIO CÉZAR MEIRELLES GOMES

1º Secretário

Publicada no D.O.U. de 04.09.98 Página 69

ANEXO 3 – RESOLUÇÃO CREMESC Nº 027/97 E 028/97

**RESOLUÇÃO CREMESC Nº 027/97**

**ASSUNTO: TRANSPORTE DE PACIENTES**

**REGULAMENTA O TRANSPORTE DE PACIENTES EM AMBULANCIAS  
E OUTROS VEÍCULOS**

**RESOLVE:**

Art. 1º - Toda Pessoa Jurídica, de Direito Público OU Privado, que realize atividade de assistência emergencial pré-hospitalar, em via pública ou em domicílio, e de transporte de pacientes, com risco de vida indeterminada, deverá registrar-se no Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina.

Art. 2º - As Instituições acima referidas deverão ter um Diretor ou Responsável Técnico, médico, que responderá perante o Conselho Regional de Medicina.

Art. 3º - Na remoção de pacientes com risco de vida iminente, avaliado pelo seu médico assistente, este deverá acompanhar o mesmo na ambulância ou designar outro médico para tal, até o atendimento por outro médico no local de destino.

Art. 4º - No documento de encaminhamento de paciente de uma Instituição para outra, o médico deve registrar a hipótese diagnóstica, os procedimentos efetuados, exames e medicações realizadas e os motivos de transferência.

Art. 5º - As Instituições que prestam serviço de transporte de pacientes por meio de ambulâncias, deverão observar os requisitos essenciais quanto às instalações físicas e operacionais, tais como espaço coberto e localizado em área que facilite o acesso e local apropriado para lavagem, desinfecção e manutenção das ambulâncias.



**RESOLUÇÃO CREMESC Nº 028/97**

ASSUNTO: ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

REGULAMENTA O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

RESOLVE:

Art. 1º - Entende-se por atendimento pré-hospitalar aquela situação de urgência/emergência, que procura atender a vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde e que possa levar à deficiência física ou mesmo à morte, por intermédio de um atendimento adequado, objetivando estabilizar os sinais vitais ou realizar outros procedimentos médicos necessários a fim de transportá-la assistida e com segurança a um hospital devidamente estruturado.

Art. 2º - As Pessoas Jurídicas de Direito Público ou Privado, que realizam atividades de atendimento pré-hospitalar, em via pública ou em domicílio, e de transporte de pacientes com risco de vida indeterminado, deverão ser registradas no CREMESC.

Parágrafo único - As Instituições acima referidas deverão ter um Diretor ou responsável técnico, médico, que responderá perante o Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina.

Art. 3º - O atendimento pré-hospitalar, abrangendo o socorro às vítimas em via pública e no domicílio do paciente, é um Ato Médico e, portanto, privativo de médico.

Parágrafo único - A delegação das medidas de suporte deve ser feita por médico, que será o responsável pela coordenação, supervisão e execução das mesmas.

Obs: Continua...

ANEXO 4 – Portaria MS, Nº 824, de 24 de Junho de 1999

**Portaria MS, Nº 824, de 24 de Junho de 1999**

Diário Oficial – Ministério da Saúde

Brasília - DF, 25/06/99

ISSN 1415-1537

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a inexistência de normas relativas ao atendimento pré-hospitalar no País;

Considerando as conclusões do trabalho "Normatização da Atividade Médica na Área da Urgência-Emergência na sua Fase Pré-Hospitalar", desenvolvido com a participação das áreas técnicas do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina;

Considerando o intransferível dever do Ministério da Saúde em adotar normas e procedimentos na Assistência à Saúde que busquem garantir a qualidade e a uniformidade de ações derivadas de atos médicos exercidos em nível nacional;

Considerando a necessidade de definições precisas das atribuições dos profissionais de saúde envolvidos na Atenção Pré-Hospitalar; e

Considerando a prioridade dada pelo Ministério da Saúde ao atendimento de Urgência e Emergência, resolve:

Art. 1º - Aprovar o texto de Normatização de Atendimento Pré-Hospitalar, constante do anexo desta Portaria.

Art. 2º - Determinar a Secretaria de Políticas de Saúde e a Secretaria de Assistência à Saúde, dentro de seus respectivos limites de competência, a adoção das providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas no texto ora aprovado.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA



ANEXO 5 – RESOLUÇÃO COFEN, N.º 225, DE 28 DE FEVEREIRO DE 2000

**RESOLUÇÃO COFEN, N.º 225, DE 28 DE FEVEREIRO DE 2000**

DOU-E 02/03/2000

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

CGC 47.217.146/0001-57

Dispõe sobre cumprimento de Prescrição Medicamentosa/Terapêutica à distância.

O Plenário do Conselho Federal de Enfermagem-COFEN, no uso das suas atribuições legais e regimentais, em cumprimento ao deliberado na ROP 282; Considerando ser dever profissional, cuidar do cliente sob nossa responsabilidade, oferecendo ao mesmo uma Assistência de Enfermagem segura e livre de riscos: resolve Art. 1º - É vedado ao Profissional de Enfermagem aceitar, praticar, cumprir ou executar prescrições medicamentosas/terapêuticas oriundas de qualquer Profissional da Área de Saúde, através de rádio, telefonia ou meios eletrônicos, onde não conste a assinatura dos mesmos. Art. 2º. Não se aplica ao artigo anterior as situações de urgência, na qual, efetivamente, haja iminente e grave risco de vida do cliente. Art. 3º - Ocorrendo o previsto no artigo 2º obrigatoriamente deverá o Profissional de Enfermagem, elaborar Relatório circunstanciado e minucioso, onde deve constar todos os aspectos que envolveram a situação de urgência, que o levou a praticar o ato vedado pelo artigo 1º Art. 4º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando disposições em contrário.

HORTÊNCIA MARIA DE SANTANA

Presidente do Conselho

NELSON DA SILVA PARREIRAS

Primeiro-Secretário

ANEXO 6 – RESOLUÇÃO CFM N.º 1.596/2000



**RESOLUÇÃO CFM N.º 1.596/2000**

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os Conselhos são os órgãos supervisores e disciplinadores da classe médica e fiscalizadores do exercício profissional, devendo, portanto, zelar pelas condições adequadas dos serviços médicos prestados à população;

CONSIDERANDO que a responsabilidade fundamental da atividade médica é procurar conservar a vida, aliviar o sofrimento, promover a saúde e melhorar a qualidade e a eficácia do tratamento emergencial;

CONSIDERANDO que o médico tem a obrigação de proteger o paciente e não pode delegar a um outro profissional nenhum ato de sua exclusiva competência;

CONSIDERANDO que os Conselhos devem regulamentar e normatizar as condições necessárias para o pleno e adequado funcionamento dos serviços pré-hospitalares no atendimento prestado à população, a fim de que neles seja efetivo o desempenho ético-profissional da Medicina;

CONSIDERANDO a necessária normatização da atividade médica na área da urgência-emergência na fase Pré-hospitalar, especificamente no transporte aeromédico;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 09 de junho de 2000,

**RESOLVE:**

Art. 1º - As empresas operadoras de serviços de transporte aeromédico devem efetuar o devido registro nos Conselhos Regionais de Medicina dos Estados onde possuam unidades operacionais.

Parágrafo-Único - A responsabilidade técnica pelo serviço de transporte aeromédico é do Diretor Médico.

Art. 2º - É parte integrante e obrigatória desta Resolução as normas constantes no Parecer CFM nº 14/2000.

Art. 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 09 de junho de 2.000.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA

Secretário-Geral

ANEXO 7 – Portaria MS, N.º 814 / GM / MS; Em 01 de Junho de 2001.



**Portaria MS, N.º 814 / GM / MS; Em 01 de Junho de 2001.**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral às Urgências, com a organização de sistemas regionalizados, regulação médica, hierarquia resolutiva e responsabilização sanitária, universalidade de acesso, integralidade na atenção e equidade na alocação de recursos e ações do Sistema Único de Saúde, de acordo com as diretrizes gerais do SUS e NOAS-SUS 01/2001;

Considerando a necessidade de implantação e implementação do processo de regulação médica da assistência às urgências, baseado na implantação de Centrais de Regulação Médica de Urgências nos níveis estadual, regional e municipal, como unidades de trabalho dos Complexos Reguladores já previstos na Portaria SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000 e NOAS-SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/ MS Nº 95, de 26 de janeiro de 2001;

Considerando a baixa cobertura populacional e oferta insuficiente de atendimento pré-hospitalar móvel, constituída em sua maioria por serviços não medicalizados e não regulados, destinados apenas ao atendimento ao trauma e localizados, a maior parte, em capitais e grandes cidades;

Considerando a responsabilidade do SUS de instrumentalizar e estimular a implantação de Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, que garantam assistência rápida e de qualidade aos cidadãos acometidos por agravos de urgência, sejam pacientes adultos, pediátricos ou gestantes, em espaços públicos ou em seus domicílios, tanto para os agravos de natureza clínica, traumato-cirúrgica ou ainda psiquiátricas, contando com intervenção médica sempre que o médico regulador julgar necessário;

Considerando a necessidade de estabelecer a primazia da coordenação da atenção pré-hospitalar móvel por parte do SUS, sendo o médico regulador de urgências a autoridade sanitária pública que, por delegação do gestor do SUS, irá ordenar e coordenar o uso de todos os recursos envolvidos no atendimento de saúde às urgências, devendo, para isso, contar com a articulação e integração dos recursos de outros setores que prestam socorro à população, tais como bombeiros militares, policiais militares e rodoviários;

Considerando a necessidade de normatizar a estrutura e funcionamento dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel já existentes em todo o território nacional, sejam eles civis ou militares, públicos ou privados;

Considerando o grande crescimento do número de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel no setor privado de assistência à saúde e nas estradas, sem o necessário ordenamento técnico e integração aos princípios do SUS;

Considerando a necessidade de adotar medidas que possibilitem e estimulem a adequada formação, capacitação e educação continuada dos profissionais que atuam na área de urgências, na ótica do setor público de saúde, resolve:

Art. 1º Estabelecer, na forma do Anexo I desta Portaria, o conceito geral, os princípios e as diretrizes da Regulação Médica das Urgências.

Art. 2º Estabelecer, na forma do Anexo II desta Portaria, a Normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências já existentes, bem como dos que venham a ser criados no País.

Art. 3º Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde, dentro de seus respectivos limites de competência, a adoção das providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas no texto ora aprovado.

Art. 4º Estabelecer o prazo máximo de 03 (três) anos para plena implantação das determinações constantes desta Portaria, por parte dos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS e de outras autoridades implicadas na operação do que nela está disposto.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Portaria GM/MS nº 824, de 24 de junho de 1999.

JOSÉ SERRA

ANEXO

I

## A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS

1- Regulação Médica das Urgências - é o elemento ordenador e orientador do Sistema de Atenção Integral às Urgências, que estrutura a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados.

Ao médico regulador devem ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos, como de equipamentos, para o bom exercício de sua função, incluída toda a gama de respostas pré-hospitalares previstas nesta Portaria e portas de entrada de urgências com hierarquia resolutive previamente definida e pactuada, com atribuição formal de responsabilidades.

### 2-Atribuições da Regulação Médica das Urgências:

A) TÉCNICAS: a competência técnica do médico regulador se sintetiza em sua capacidade de "julgar", discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes:



- julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, estabelecendo uma gravidade presumida;

- enviar os recursos necessários ao atendimento, considerando necessidades e ofertas disponíveis;

- monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado (médico intervencionista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem), por profissional da área de segurança ou bombeiro militar (no limite das competências desses profissionais) ou ainda por leigo que se encontre no local da situação de urgência;

- definir e acionar o serviço de destino do paciente, informando-o sobre as condições e previsão de chegada do mesmo, sugerindo os meios necessários ao seu acolhimento;

- julgar a necessidade ou não do envio de meios móveis de atenção. Em caso negativo, o médico deve explicar sua decisão e esclarecer o demandante do socorro quanto a outras medidas a serem adotadas, por meio de orientação ou conselho médico, que permita ao solicitante assumir cuidados ou buscá-los em local definido pelo médico regulador;

- reconhecer que, como a atividade do médico regulador envolve o exercício da telemedicina, impõe-se a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação, das fichas de atendimento médico e de enfermagem, e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados que definam os passos e as bases para a decisão do regulador;

- estabelecer claramente, em protocolo de regulação, os limites do telefonista auxiliar de regulação médica, o qual não pode, em hipótese alguma, substituir a prerrogativa de decisão médica e seus desdobramentos, sob pena de responsabilização posterior do médico regulador;

- definir e pactuar a implantação de protocolos de intervenção médica pré-hospitalar, garantindo perfeito entendimento entre o médico regulador e o intervencionista, quanto aos elementos de decisão e intervenção, objetividade nas comunicações e precisão nos encaminhamentos decorrentes;

- monitorar o conjunto das missões de atendimento e as demandas pendentes;

- registrar sistematicamente os dados das regulações e missões, pois como freqüentemente o médico regulador irá orientar o atendimento por radiotelefonia (sobretudo para os profissionais de enfermagem), os protocolos correspondentes deverão estar claramente constituídos e a autorização deverá estar assinada na ficha de regulação médica e no boletim/ficha de atendimento pré-hospitalar;

- saber com exatidão as capacidades/habilidades da sua equipe de forma a dominar as possibilidades de prescrição/orientação/intervenção e a fornecer dados que permitam viabilizar programas de capacitação/revisão que qualifiquem/habilitem os intervenientes;

- submeter-se à capacitação específica e habilitação formal para a função de regulador e acumular, também, capacidade e experiência na assistência médica em urgência, inclusive na intervenção do pré-hospitalar móvel;



- participar de programa de educação continuada para suas tarefas;
- velar para que todos os envolvidos na atenção pré-hospitalar observem, rigorosamente, a ética e o sigilo profissional, mesmo nas comunicações radiotelefônicas;
- manter-se nos limites do sigilo e da ética médica ao atuar como porta-voz em situações de interesse público.

B ) -GESTORAS - tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento:

- decidir sobre qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso, procurando, entre as disponibilidades a resposta mais adequada a cada situação, advogando assim pela melhor resposta necessária a cada paciente, em cada situação sob o seu julgamento;

- decidir sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar;

- decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (a chamada "vaga zero" para internação). Deverá decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência;

- o médico regulador de urgências regulará as portas de urgência, considerando o acesso a leitos como uma segunda etapa que envolverá a regulação médica das transferências inter hospitalares, bem como das internações;

- acionar planos de atenção a desastres que estejam pactuados com os outros interventores, frente a situações excepcionais, coordenando o conjunto da atenção médica de urgência;

- requisitar recursos públicos e privados em situações excepcionais, com pagamento ou contrapartida a posteriori, conforme pactuação a ser realizada com as autoridades competentes;

- exercer a autoridade de regulação pública das urgências sobre a atenção pré-hospitalar móvel privada, sempre que esta necessitar conduzir pacientes ao setor público, sendo o pré-hospitalar privado responsabilizado pelo transporte e atenção do paciente até o seu destino definitivo no Sistema;

- contar com acesso às demais centrais do Complexo Regulador, de forma que possa ter as informações necessárias e o poder de dirigir os pacientes para os locais mais adequados, em relação às suas necessidades.

3 - REGULAÇÃO DO SETOR PRIVADO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: (incluindo as concessionárias de rodovias) - deve contar, obrigatoriamente, com centrais de regulação médica, médicos reguladores e de intervenção, equipe de enfermagem e assistência técnica farmacêutica

(para os casos de serviços de atendimentos clínicos. Nos serviços de atendimento a vítimas de trauma seguir orientação da portaria 344/98 da vigilância sanitária) o que pode ser exigido inclusive nos códigos municipais e estaduais de saúde, sendo estas centrais reguladoras privadas submetidas à regulação pública, sempre que suas ações ultrapassem os limites estritos das instituições particulares não-conveniadas ao Sistema Único de Saúde - SUS, inclusive nos casos de medicalização de assistência domiciliar não-urgente.

4 - CORPOS DE BOMBEIROS MILITARES (incluindo as corporações de bombeiros independentes e as vinculadas as Polícias Militares), POLÍCIAS RODOVIÁRIAS E OUTRAS ORGANIZAÇÕES DA ÁREA DA SEGURANÇA PÚBLICA, deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS, conforme os termos desta Portaria.

## ANEXO II

### A NORMATIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

O Ministério da Saúde considera como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza traumática ou não-traumática ou, ainda, psiquiátrica), que possa levar à sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

O Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde, sendo constituído de uma central reguladora, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de uma região (podendo, portanto, extrapolar os limites municipais), previamente estabelecida como referência, aí considerados aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pela clientela. O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional.

Os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel devem ter uma equipe de saúde, composta por:

- Coordenador do serviço da área de saúde, com experiência e conhecimento comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas;
- Médico responsável técnico pelas atividades médicas do serviço;
- Enfermeiro responsável técnico pelas atividades de enfermagem ;



- Médicos reguladores que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes acionam a central de regulação, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente;

- Médicos intervencionistas, responsáveis pelo atendimento necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte;

- Auxiliares e técnicos de enfermagem sob supervisão imediata do profissional enfermeiro;

- Enfermeiros assistenciais.

OBS: As responsabilidades técnicas poderão ser assumidas por profissionais da equipe de intervenção, sempre que a demanda ou o porte do serviço assim o permitirem.

Além desta equipe de saúde, em situações de atendimento às urgências relacionadas às causas externas ou de pacientes em locais de difícil acesso, deverá haver uma ação pactuada, complementar e integrada de outros profissionais não oriundos da saúde - bombeiros militares, policiais militares e rodoviários e outros, formalmente reconhecidos pelo gestor público para o desempenho das ações de segurança, socorro público e salvamento, tais como: sinalização do local, estabilização de veículos acidentados, reconhecimento e gerenciamento de riscos potenciais (incêndio, materiais energizados, produtos perigosos) obtenção de acesso ao paciente e suporte básico de vida.

Todos os profissionais que atuam no pré-hospitalar móvel, inclusive os não oriundos da área da saúde, devem ser capacitados e certificados nos Núcleos ou Centros de Educação em Urgências (conforme definidos em Portaria específica), para fins de sua integração técnica e operativa ao SUS, na atenção pré-hospitalar. Devem existir Centrais de Regulação Médica das urgências, com fácil acesso ao público, por via telefônica, em sistema gratuito (192 como número nacional de urgências médicas ou outro número exclusivo da saúde, se o 192 não for tecnicamente possível), onde o médico regulador, após julgar cada caso, define a resposta mais adequada, seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios. O atendimento no local é monitorado via rádio pelo médico regulador que orienta a equipe de intervenção quanto aos procedimentos necessários à condução do caso.

Deve existir uma rede de comunicação entre a Central, as ambulâncias e todos os serviços que recebem os pacientes.

O número de acesso da saúde para socorros de urgência deve ser amplamente divulgado junto à comunidade. Todos os pedidos de socorro médico que derem entrada por meio de outras centrais, como a da polícia militar (190), do corpo de bombeiros (193) e quaisquer outras existentes, devem ser, imediatamente retransmitidos à Central de Regulação Médica das Urgências, por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos.



Os serviços de segurança e salvamento, sempre que houver demanda de atendimento de eventos com vítimas ou doentes, devem orientar-se pela decisão do médico regulador de urgências. Podem ser estabelecidos protocolos de despacho imediato de seus recursos de atenção às urgências em situações excepcionais, mas, em nenhum caso, estes despachos podem ser feitos sem comunicação simultânea com o regulador e transferência do chamado de socorro para exercício da regulação médica.

## **I - DEFINIÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

### **A) PROFISSIONAIS NÃO ORIUNDOS DA ÁREA DE SAÚDE:**

#### **1. TELEFONISTA - AUXILIAR DE REGULAÇÃO**

Profissional de nível básico, habilitado a prestar atendimento telefônico às solicitações de auxílio provenientes da população, nas centrais de regulação médica, devendo anotar dados básicos sobre o chamado (localização, identificação do solicitante, natureza da ocorrência) e prestar informações gerais.

Sua atuação é supervisionada diretamente e permanentemente pelo médico regulador. Sua capacitação e atuação seguem os padrões previstos nesta Portaria.

#### **2. RÁDIO OPERADOR**

Profissional de nível básico habilitado a operar sistemas de radiocomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de veículos de emergência, obedecendo aos padrões de capacitação previstos nesta Portaria.

#### **3. CONDUTORES DE VEÍCULOS DE URGÊNCIA**

Profissional de nível básico, habilitado a conduzir veículos de urgência padronizados pelo código sanitário e pela presente portaria do Ministério da Saúde como "ambulância", obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos nesta Portaria. OBS: as especificidades de cada categoria de condutores (aéreo, aquático e outros) estão definidas em legislação específica.

#### **4. PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELA SEGURANÇA:**

Policiais militares, rodoviários ou outros profissionais reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho destas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais Públicas de Regulação Médica das Urgências. Atuam na identificação de situações de risco, exercendo a proteção das vítimas e dos profissionais envolvidos no atendimento. Fazem resgate de vítimas de locais ou situações que impossibilitam o acesso da equipe de saúde. Podem realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, sempre que a vítima esteja em situação que impossibilite o acesso e manuseio pela equipe de saúde, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos nesta Portaria.

#### **5. BOMBEIROS MILITARES**

Profissionais Bombeiros Militares reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho destas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas

Centrais Públicas de Regulação Médica das Urgências. Atuam na identificação de situações de risco e comando das ações de proteção ambiental, da vítima e dos profissionais envolvidos no seu atendimento, fazem o resgate de vítimas de locais ou situações que impossibilitam o acesso da equipe de saúde. Podem realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos nesta Portaria.

## **B) PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE:**

### **1. ENFERMEIRO**

Profissional titular do diploma de Enfermeiro, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, e habilitado para ações de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, conforme os termos desta Portaria, devendo além das ações assistenciais, prestar serviços administrativos e operacionais em sistemas de atendimento pré-hospitalar.

### **2. TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS**

Profissional titular do certificado ou diploma de Técnico de Enfermagem, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição. Exerce atividades auxiliares, de nível técnico, sendo habilitado para o atendimento Pré-Hospitalar Móvel, integrando sua equipe, conforme os termos desta Portaria. Além da intervenção conservadora no atendimento do paciente, é habilitado a realizar procedimentos a ele delegados, sob supervisão do profissional Enfermeiro, dentro do âmbito de sua qualificação profissional.

### **3. AUXILIAR DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS**

Profissional titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem com especialização em urgências, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição. Exerce atividades auxiliares básicas, de nível médio, habilitado a realizar procedimentos a ele delegados, sob supervisão do profissional Enfermeiro, dentro do âmbito de sua qualificação profissional e conforme os termos desta Portaria.

### **4. MÉDICO**

Profissional de nível superior, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, atuando nas áreas de regulação médica, suporte avançado de vida, em todos os cenários de atuação do pré-hospitalar e nas ambulâncias, assim como na gerência do sistema, habilitado conforme os termos desta Portaria.

## **PERFIL PROFISSIONAL E COMPETÊNCIAS**

### **A ) PROFISSIONAIS NÃO ORIUNDOS DA ÁREA DA SAÚDE**

#### **1. TELEFONISTA - AUXILIAR DE REGULAÇÃO**

Requisitos gerais:

- maior de dezoito anos;

- disposição pessoal para a atividade;
- equilíbrio emocional e autocontrole;
- disposição para cumprir ações orientadas;
- capacidade de manter sigilo profissional;
- capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade: ensino fundamental

Competências:

- atender solicitações telefônicas da população;
- anotar informações colhidas do solicitante, segundo questionário próprio;
- prestar informações gerais ao solicitante;
- estabelecer contato radiofônico com ambulâncias e/ou veículos de atendimento pré-hospitalar;
- estabelecer contato com hospitais e serviços de saúde de referência a fim de colher dados e trocar informações;
- anotar dados e preencher planilhas e formulários específicos do serviço;
- obedecer aos protocolos de serviço;
- atender às determinações do médico regulador.

## 2. RÁDIO-OPERADOR

Requisitos gerais:

- maior de dezoito anos;
- disposição pessoal para a atividade;
- equilíbrio emocional e autocontrole;
- disposição para cumprir ações orientadas;
- disponibilidade para recertificação periódica;
- capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade: Ensino Fundamental

Competências:

- operar o sistema de radiocomunicação e telefonia nas Centrais de Regulação;
- exercer o controle operacional da frota de veículos do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel;



- manter a equipe de regulação atualizada a respeito da situação operacional de cada veículo da frota;

- conhecer a malha viária e as principais vias de acesso de todo o território abrangido pelo serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.

### 3. CONDUTOR DE VEÍCULOS DE URGÊNCIA

Requisitos gerais:

- maior de vinte e um anos;
- disposição pessoal para a atividade;
- equilíbrio emocional e autocontrole;
- disposição para cumprir ações orientadas;
- habilitação profissional como motorista de veículos de transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor (Código Nacional de Trânsito);
- capacidade de trabalhar em equipe;
- noções de biossegurança;
- capacitação em direção defensiva.

Escolaridade: Ensino fundamental

Competências:

- conduzir veículo de urgência destinadas ao atendimento e transporte de pacientes;
- conhecer integralmente o veículo e seus equipamentos;
- realizar manutenção básica do veículo;
- estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a central de regulação médica e seguir suas orientações;
- conhecer a malha viária local;
- conhecer a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema assistencial local.

### 4. PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELA SEGURANÇA

Requisitos gerais:

- maior de dezoito anos;
- disposição pessoal e capacidade física e mental para a atividade;
- equilíbrio emocional e autocontrole;
- disposição para cumprir ações orientadas;

- capacitação específica por meio dos Núcleos de Educação em Urgências, conforme conteúdo estabelecido por esta portaria;

- capacidade de trabalhar em equipe;

- disponibilidade para recertificação periódica.

Escolaridade: Ensino Médio

Competências:

- comunicar imediatamente a existência da ocorrência à central reguladora;

- avaliar a cena do evento, identificando as circunstâncias da ocorrência e reportando-as ao médico regulador ou à equipe de saúde por ele designada;

- identificar e gerenciar situações de risco na cena do acidente, estabelecer a segurança da área de operação e orientar a movimentação da equipe de saúde;

- realizar manobras de suporte básico de vida sob orientação do médico regulador;

- remover as vítimas para local seguro onde possa receber o atendimento da equipe de saúde;

- estabilizar veículos acidentados;

- realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos próprios;

- avaliar as condições da vítima, observando e comunicando ao médico regulador as condições de respiração, pulso e consciência;

- transmitir, via rádio, ao médico regulador, a correta descrição da vítima e da cena;

- conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado;

- manter vias aéreas pérvias com manobras manuais e não invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial;

- realizar circulação artificial pela técnica de compressão torácica externa;

- controlar sangramento externo por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens;

- mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte;

- aplicar curativos e bandagens;

- imobilizar fraturas, utilizando os equipamentos disponíveis em seus veículos;

- dar assistência ao parto normal em período expulsivo e realizar manobras básicas ao recém nato e parturiente;

- prestar primeiro atendimento à intoxicações, sob orientação do médico regulador;

- conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes ao veículo de atendimento;

- conhecer e usar os equipamentos de bioproteção individual;

- preencher os formulários e registros obrigatórios do sistema de atenção às urgência e do serviço;

- manter-se em contato com a Central de Regulação Médica, repassando os informes sobre a situação da cena e do paciente ao médico regulador, para decisão e monitoramento do atendimento pelo mesmo;

- repassar as informações do atendimento à equipe de saúde designada pelo médico regulador para atuar no local do evento.

## 5. PROFISSIONAIS BOMBEIROS MILITARES

Requisitos gerais:

- Maior de dezoito anos;

- Disposição pessoal e capacidade física e mental para a atividade;

- Equilíbrio emocional e autocontrole;

- Disposição para cumprir ações orientadas;

- Capacitação específica por meio dos Centros Públicos de Capacitação, conforme conteúdo estabelecido por esta portaria;

- Capacidade de trabalhar em equipe;

- Disponibilidade para recertificação periódica.

Escolaridade: Ensino médio

Competências:

- Comunicar imediatamente a existência de ocorrência com potencial de vítimas ou demandas de saúde à central reguladora;

- Avaliar a cena do evento, identificando as circunstâncias da ocorrência e reportando-as ao médico regulador ou à equipe de saúde por ele designada;

- Identificar e gerenciar situações de risco na cena do acidente, estabelecer a área de operação e orientar a movimentação da equipe de saúde;

- Realizar manobras de suporte básico de vida, sob orientação do médico regulador;

- Obter acesso e remover a/s vítima/s para local seguro onde possam receber o atendimento adequado pela equipe de saúde e se solicitado pela mesma ou designado pelo médico regulador, transportar as vítimas ao serviço de saúde determinado pela regulação médica;

- Estabilizar veículos acidentados;



- Realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos especializados de bombeiro;

- Avaliar as condições da vítima, identificando e informando ao médico regulador as condições de respiração, pulso e consciência, assim como uma descrição geral da sua situação e das circunstâncias da ocorrência, incluindo informações de testemunhas;

- Transmitir, ao médico regulador, a correta descrição da cena da urgência e do paciente;

- Conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado;

- Manter vias aéreas pérvias com manobras manuais e não invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial;

- Realizar circulação artificial por meio da técnica de compressão torácica externa;

- Controlar sangramento externo, por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens;

- Mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando colares cervicais, pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte;

- Aplicar curativos e bandagens;

- Imobilizar fraturas utilizando os equipamentos disponíveis;

- Prestar o primeiro atendimento à intoxicações, de acordo com protocolos acordados ou por orientação do médico regulador;

- Dar assistência ao parto normal em período expulsivo e realizar manobras básicas ao recém nato e parturiente;

- Manter-se em contato com a central de regulação médica repassando os informes iniciais e subsequentes sobre a situação da cena e do(s) paciente(s) para decisão e monitoramento do atendimento pelo médico regulador;

- Conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes a veículo de atendimento;

- Repassar as informações do atendimento à equipe de saúde designada pelo médico regulador para atuar no local do evento;

- Conhecer e usar equipamentos de bioproteção individual;

- Preencher os formulários e registros obrigatórios do sistema de atenção às urgências e do serviço;

- Realizar triagem de múltiplas vítimas, quando necessário ou quando solicitado pela equipe de saúde;

- Participar dos programas de treinamento e educação continuada, conforme os termos desta Portaria.

## B. PROFISSIONAIS DA SAÚDE:

## 6. ENFERMEIRO

### Requisitos gerais:

- disposição pessoal para a atividade;
- equilíbrio emocional e autocontrole;
- capacidade física e mental para a atividade;
- disposição para cumprir ações orientadas;
- experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências;
- iniciativa e facilidade de comunicação;
- condicionamento físico para trabalhar em unidades móveis;
- capacidade de trabalhar em equipe;
- disponibilidade para recertificação periódica.

Escolaridade: Curso superior com registro profissional em órgão de classe respectivo.

### Competências:

- supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel;
- executar prescrições médicas por telemedicina;
- prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;
- prestar a assistência de enfermagem à gestante, a parturiente e ao recém nato;
- realizar partos sem distócia;
- participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde em urgências, particularmente nos programas de educação continuada;
- fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão;
- subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe;
- obedecer a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem;
- conhecer equipamentos e realizar manobras de extração manual de vítimas.

## 7. TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS

### Requisitos gerais:

- maior de dezoito anos;
- disposição pessoal para a atividade;

- capacidade física e mental para a atividade;
- equilíbrio emocional e autocontrole;
- disposição para cumprir ações orientadas;
- disponibilidade para recertificação periódica;
- experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências;
- capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade: Ensino Médio completo e curso regular de técnico de enfermagem

Competências:

- assistir ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;
- prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave, sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro;
- participar de programas de treinamento e aprimoramento profissional especialmente em urgências/emergências;
- realizar manobras de extração manual de vítimas.

## 8. AUXILIAR DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Requisitos gerais:

- maior de dezoito anos;
- disposição pessoal para a atividade;
- capacidade física e mental para a atividade;
- equilíbrio emocional e autocontrole;
- disposição para cumprir ações orientadas;
- disponibilidade para recertificação periódica;
- experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências;
- capacidade de trabalhar em equipe.

Escolaridade: Ensino Médio completo e curso regular de Auxiliar de enfermagem e curso de especialização de nível médio em urgências, com registro profissional competente.

Competências:

- auxiliar o enfermeiro na assistência de enfermagem;



- prestar cuidados de enfermagem a pacientes sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro;
- observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;
- ministrar medicamentos por via oral e parenteral mediante prescrição do médico regulador por telemedicina;
- fazer curativos;
- prestar cuidados de conforto ao paciente e zelar por sua segurança;
- realizar manobras de extração manual de vítimas.

## 8. MÉDICO

Requisitos gerais:

- equilíbrio emocional e autocontrole;
- disposição para cumprir ações orientadas;
- capacidade física e mental para a atividade;
- iniciativa e facilidade de comunicação;
- destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis;
- disponibilidade para recertificação periódica;
- capacidade de trabalhar em equipe.

\_\_\_\_\_

Competências:

- exercer a regulação médica do sistema;
- conhecer a rede de serviços da região;
- manter uma visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar e das portas de urgência, checando periodicamente sua capacidade operacional;
- recepção dos chamados de auxílio, análise da demanda, classificação em prioridades de atendimento, seleção de meios para atendimento (melhor resposta), acompanhamento do atendimento local, determinação do local de destino do paciente, orientação telefônica;
- manter contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema;
- prestar assistência direta aos pacientes nas ambulâncias, quando indicado, realizando os atos médicos possíveis e necessário ao nível pré-hospitalar;
- exercer o controle operacional da equipe assistencial;
- fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão;

- avaliar o desempenho da equipe e subsidiar os responsáveis pelo programa de educação continuada do serviço ;
- obedecer às normas técnicas vigentes no serviço;
- preencher os documentos inerentes à atividade do médico regulador e de assistência pré-hospitalar;
- garantir a continuidade da atenção médica ao paciente grave, até a sua recepção por outro médico nos serviços de urgência;
- obedecer ao código de ética médica.

## II - DEFINIÇÃO DOS VEÍCULOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

### AMBULÂNCIAS

Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou hidroviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos.

As dimensões e outras especificações do veículo terrestre deverão obedecer às normas da ABNT - NBR 14561/2000, de julho de 2000.

As ambulâncias são classificadas em :

**TIPO A** - Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.

**TIPO B** - Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.

Quando utilizado no atendimento pré-hospitalar de vítimas de acidentes, deverá conter todos os materiais e equipamentos necessários a imobilização de pacientes.

**TIPO C** - Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de emergências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos específicos de imobilização e suporte básico, além de equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas). Essas ambulâncias mistas deverão ter uma configuração que garanta um salão de atendimento às vítimas de no mínimo 8m, além do compartimento isolado para a guarda de equipamentos de salvamento.

**OBS.:** Os serviços de atendimento pré-hospitalar que utilizarem somente veículos do tipo B para atendimento de acidentados ou de pacientes em local de difícil acesso, deverão possuir um outro veículo contendo todo material mínimo necessário para a realização de resgate terrestre, aquático e em altura.

**TIPO D** - Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que



necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.

**TIPO E - Aeronave de Transporte Médico:** aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil - DAC.

**TIPO F - Nave de Transporte Médico:** veículo motorizado hidroviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade.

**1.2 - VEÍCULOS DE INTERVENÇÃO RÁPIDA** (também chamados de veículos leves, veículos rápidos ou veículos de ligação médica):

Para transporte de médicos com equipamentos que possibilitam oferecer suporte avançado de vida nas ambulâncias do Tipo A, B, C e F

### 1.3 - OUTROS VEÍCULOS:

Veículos habituais adaptados para transporte de pacientes de baixo risco, sentados (ex. pacientes crônicos) que não se caracterizem como veículos tipo lotação (ônibus, peruas, etc.). Este transporte só pode ser realizado com anuência médica.

## III - DEFINIÇÃO DOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS DAS AMBULÂNCIAS

As ambulâncias deverão dispor, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos ou similares com eficácia equivalente:

**2.1 - Ambulância de Transporte (Tipo A):** sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação em contato permanente com a central reguladora; maca com rodas; suporte para soro e oxigênio medicinal.

**2.2 - Ambulância de Suporte Básico (Tipo B):** sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca articulada e com rodas; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a- alimentação do respirador; b- fluxômetro e umidificador de oxigênio e c - aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de emergência contendo: estetoscópio adulto e infantil; ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas oro-faríngeas de tamanhos variados; luvas descartáveis; tesoura reta com ponta romba; esparadrapo; esfigmomanômetro adulto/infantil; ataduras de 15 cm; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gaze esteril; protetores para queimados ou eviscerados; cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete esteril para corte do cordão; saco plástico para placenta; cobertor; compressas cirúrgicas e gases estéreis; braceletes de identificação. Os veículos que atuam no atendimento de acidentados e os veículos de suporte básico misto deverão conter também os seguintes equipamentos: prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico e



ringer lactato; bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção; material mínimo para salvamento terrestre, aquático e em alturas; maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8 Kg; fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas. Maletas com medicações a serem definidas em protocolos, pelos serviços.

2.3 - Ambulância de Resgate (suporte básico mista) (Tipo C): sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca articulada e com rodas; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a- alimentação do respirador; b- fluxômetro e umidificador de oxigênio e c - aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de emergência contendo: estetoscópio adulto e infantil; ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas oro-faríngeas de tamanhos variados; luvas descartáveis; tesoura reta com ponta romba; esparadrapo; esfigmomanômetro adulto/infantil; ataduras de 15 cm; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gaze estéril; protetores para queimados ou eviscerados; cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta; cobertor; compressas cirúrgicas e gazes estéreis; braceletes de identificação; prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico (e ringer lactato - excluir); bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção; material mínimo para salvamento terrestre, aquático e em alturas; maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8 Kg; fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas.

2.4 - Ambulância de Suporte Avançado (Tipo D): sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; dois suportes de soro; cadeira de rodas dobrável; instalação de rede portátil de oxigênio como descrito no item anterior (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas); respirador mecânico de transporte; oxímetro não-invasivo portátil; monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com marca-passo externo não-invasivo); bomba de infusão com bateria e equipo; maleta de vias aéreas contendo: máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20ml; ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína geléia e "spray"; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas oro-faríngeas adulto/infantil; fios-guia para intubação; pinça de Magyll; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem torácica; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote;

equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão de 3 vias; frascos de soro fisiológico, ringer lactato e soro glicosado; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto como descrito nos itens anteriores; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipo para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras e aventais; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; prancha longa para imobilização da coluna. Nos casos de frota, em que existe demanda para transporte de paciente neonatal deverá haver pelo menos uma Incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts). A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância; respirador e equipamentos adequados para recém natos.

2.4 - Aeronave de Transporte Médico (Tipo E): deverá conter os mesmos equipamentos descritos para as ambulâncias de suporte avançado, tanto adulto como infantil, homologados pelos órgãos competentes.

2.5 - Nave de Transporte (Tipo F): poderá ser equipada como descrito nas ambulâncias de classes A,B, ou D, dependendo da finalidade de emprego.

2.6 - Unidade de Transporte Neonatal, considerada como de suporte avançado à vida neonatal, será definida em ato de regulamentação complementar.

### III - DEFINIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DAS AMBULÂNCIAS

3.1 - Medicamentos obrigatórios que deverão constar em toda ambulância de suporte avançado, aeronaves e naves de transporte médico (Classes D, E e F).

- Lidocaína sem vasoconstritor; adrenalina, epinefrina, atropina; dopamina; aminofilina; dobutamina; hidrocortisona; glicose 50%;
- Soros: glicosado 5%; fisiológico 0,9%; ringer lactato
- Psicotrópicos: hidantoína; meperidina; diazepam; midazolan;
- Medicamentos para analgesia e anestesia: Fentanil, ketalar, quelecin
- Outros: água destilada; metoclopramida; dipirona; hioscina; dinitrato de isossorbitol; furosemide; amiodarona; lanatosideo C.

4 - TRIPULAÇÃO: todos os profissionais deverão ter capacitação específica para a função com certificação emitida pelo Núcleo de Educação em Urgências.

4.1. Ambulância do tipo A: 2 profissionais, sendo um o motorista e o outro um Técnico ou Auxiliar de enfermagem.

4.2. Ambulância do tipo B: 2 profissionais, sendo um o motorista e um técnico ou auxiliar de

enfermagem.

4.3. Ambulância do tipo C: 3 profissionais militares, policiais rodoviários, bombeiros militares, e outros profissionais reconhecidos pelo gestor público, sendo um motorista e os outros dois profissionais com capacitação e certificação em suporte básico de vida e salvamento

4.4. Ambulância do tipo D: 3 profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro e um médico.

4.5. Aeronaves e embarcações: além do piloto ou condutor da embarcação devem ter médico e enfermeiro.

IV - NORMAS PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR - objeto de ato de regulamentação complementar.

V - DEFINIÇÃO DO CONTEÚDO CURRICULAR DOS TRABALHADORES DO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

- objeto de ato de regulamentação complementar.



## ANEXO 8 – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

É de nosso conhecimento que o aluno Danton Carlos de Carvalho Junior, aluno do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, esta desenvolvendo um estudo com clientes que foram assistidos pelo Auto Socorro de Urgência do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina.

Sua proposta de estudo consiste na prestar Assistência de Enfermagem, no momento de Urgência / Emergência, embasado na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, que se dará na Auto Socorro de Urgência.

Concordamos em participar de forma livre e espontânea da proposta de estudo, podendo desistir a qualquer momento, assim como de ter garantido(a) a confidencialidade e anonimato. Autorizamos, ainda, que os dados obtidos sejam utilizados no referido estudo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Cliente

\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Acompanhante

## ANEXO 9 – INSTRUMENTO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM







**ANEXO 10 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA DO CLIENTE NO DOMICÍLIO OU DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR**



**ROTEIRO PARA ENTREVISTA DO CLIENTE NO DOMICÍLIO OU  
DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Nome: \_\_\_\_\_ Data atual: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- 1 – Qual a pessoa que você lembra que lhe atendeu no local do acidente?
- 2 – O que você tem a dizer sobre o atendimento prestado:
  - A – No local do acidente?
  - B – No hospital?
  - C – E como foi na sua reabilitação para o convívio social quando retornou para casa?
- 3 – Qual o tipo de atividade que realizava antes do acidente?
- 4 – Como ficou essa atividade?
- 5 – Você frequenta alguma Igreja?
- 6 – Como sua família reagiu ao acidente?
- 7 – O que mudou em sua vida após o acidente?
- 8 – O que você costuma fazer para se distrair antes do acidente?
- 9 – Qual a assistência que você recebeu da equipe após a sua alta hospitalar?

**ANEXO 11 – CARTA DE RECOMENDAÇÃO PARA ENTREVISTA DO CLIENTE NO  
DOMICÍLIO OU DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

## **CARTA DE RECOMENDAÇÃO PARA ENTREVISTA DO CLIENTE NO DOMICÍLIO OU DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP: 88040-970 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA  
Tel.:(048) 331-9480 - 331-9346 - Fax: (048) 331-9787

Florianópolis, julho / agosto de 2002.

Sendo eu, Danton Carlos de Carvalho Junior, aluno regularmente matriculado no Estágio Curricular Obrigatório ao Colegiado da Disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, venho através desta solicitar a permissão para realização da Visita Hospitalar ou Domiciliar ao cliente atendido pelo Auto Socorro de Urgência (ASU) do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, buscando conhecer como esta sendo trabalhado a reabilitação deste cliente para o retorno a sociedade após ter vivenciado o atendimento de urgência / emergência.

Esta visita esta orientada pelo “Roteiro de Entrevista”, construído durante o processo de estágio.

Certo do pronto atendimento a minha solicitação, renovo protestos da mais alta estima e consideração.

---

Ilca L. Keller Alonso

Coordenadora da 8º Fase

Curso de Graduação de Enfermagem da UFSC

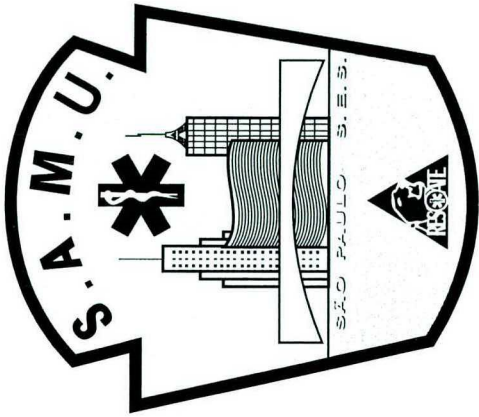
---

Marta Lenise do Prado

Orientadora do Projeto



ANEXO 12 – CERTIFICADO DA VI SEMANA DE ENFERMAGEM S.A.M.U – SP



# **VI SEMANA DE ENFERMAGEM**

## **S.A.M.U. - SP**

"ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: DA PREVENÇÃO À QUALIDADE DE VIDA"

**16 a 19 de Maio de 2002**

**CERTIFICADO**

Certificamos que DANTON CARLOS DE CARVALHO JÚNIOR

participou da **VI SEMANA DE ENFERMAGEM - SAMU/SP**, realizada no período de 16 a 19 de maio de 2002, no Centro de Convenções Pompéia e Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos "Dr. Antonio Guilherme de Souza" São Paulo - SP

São Paulo, 16 de maio de 2002.

201

**GISELE APARECIDA DE SOUZA**  
Presidente da COMISSÃO ORGANIZADORA

**ANEXO 13 – PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA DA VI SEMANA DE ENFERMAGEM  
S.A.M.U – SP**



## **PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA DA VI SEMANA DE ENFERMAGEM S.A.M.U – SP**

Prevenção de acidentes: Novas fronteiras

Drº Carlos Eid – Médico Especialista em Medicina de Tráfego

Acidente infantil: Prevenção em seu ninho

Enfº Maria de Jesus C. S. Harada – Mestre Docente da Disciplina de Enfermagem em Pediatria UNIFESP EPM–SP

Abordagem do paciente suicida e a equipe multi-profissional em atuação

Enfº João Fernando Marcolan – Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde SMSP – SP

Atualização em legislação do Atendimento Pré-Hospitalar para Enfermagem

Enfº Mônica Rodrigues Prado da Silva – Enfermeira e Fiscal do COREN – SP

Atuação da Enfermagem em Atendimento em Rodovias

Viaoeste

Enfº Ricardo Mendes – Coordenador de Enfermagem BR Vida – SP

Autoban – SP

Enfº Rangel Biscaro Vieira

BR 116 – SAMU Vale do Ribeira

Enfº Celina Tiaki Ogata – Coord. Enfermagem SAMU Vale do Ribeira – SP

Atuação da Enfermagem em Atendimento Pré-Hospitalar Urbano

Enfº Gisele Aparecida G. de Souza – Gerente Enf. SAMU São Paulo – SP

Enfº Elaine Maria de Carvalho – Vice-Gerente de Enf. do Hosp. Polícia Militar – PE

Enfº Erika Rodrigues de Assis – Enfº Coordenadora do Sistema Pré-Hospitalar da Pref. Mun. De BH – MG

Enfº Rosane M. Ciconet – Coordenadora SAMU Porto Alegre – RS

Enfermeiro especialista: Da Teoria à Realidade

Enfº Valterli C. Sanches Gonçalves – Mestre Docente Disc. de Emergência da Enfermagem – UNIFESP EPM – SP

Atendimento de Emergência em esporte radical

Medicina do esporte

Dr. Railton César de Abrantes – Médico SAMU SP – SP

Rally

Dr. Jorge Michel Ribeiro – Médico SAMU SP – SP

Mergulho

1º Ten. PM Valdir Pavão – Especialista em Resgate de Mergulho e Pós-Graduado em fisiologia do Esporte

Turismo ecológico

Enfº Flávia Vernaski Lima – APH SP – SP

Família x Sociedade: Vítimas oculta do trauma

Profº Mestre Shirlene Pavelqueires – Docente da FANEMA. Diretora do MAST – SP

Parâmetros de qualidade do atendimento nos Serviços de Emergência

Enfº Márcia Boessio – Enfº do Pronto Atendimento do Hospital Sírio Libanês

Atendimento Pré-Hospitalar x Hospital: A evolução das relações

Enfº Sibeles Fernandes de Oliveira Sanches – Hospital São Paulo – SP

“Adrenalina” x Biosegurança: Como lidar?

Drº Fernando da Costa Ferreira Novo – Médico do Pronto Socorro do HC – SP

PCR em local de difícil acesso

Enfº Silene Celerino da Fonseca – SAMU SP – SP

Resgate e Transporte Aeromédico

Enfº Rosimery Romero Tomaz – SAMU SP – SP

Violência social x Atendimento Pré-Hospitalar

A realidade da Violência no dia-a-dia – Policia Feminino da PM – SP

Capitão Feminino PM Adriana Ribeiro Rocha – PM – SP

O Atendimento sob o olhar da Enfermagem SAMU SP

Enfº Sergio Dias Martuchi – SAMU SP

O Atendimento sob o olhar da Enfermagem Serviço de APH Municipal de SP

Enfº Marisa Amaro Malvestio – Ger. Operacional do Suporte Avançado do APH – SP

Como prevenir iatrogenia no Pré-Hospitalar

Enfº Luciana Ribeiro Gonçalves – Gerente de Enfermagem do SAMU – SP

Qualidade de Vida e Reabilitação do Paciente Crítico

Pacientes Vítimas de Trauma: Adultos – SOBETI

Enfº Anelise Jabali Barreto – Vice Presidente da SOBETI

Pacientes Vítimas de Trauma: Pediátricos – SOBEP

Enfº Valéria Barreto Esteves Leite – Enfº Coordenadora em Reabilitação na AACD

Pacientes Vítimas de Trauma: Gestantes – ABENFO

Enfº Marilda de Almeida Pedroso – Diretora de Enfermagem da UTI Obstétrica do Hospital e Maternidade Interlagos

Clínico pós PCR – SOBENC

Enfº Grace Maria Pereira Lima – Diretora do Dept. de Cardiologia Clínica da SOBENC

Humanização: Toque Terapêutico no Pré-Hospitalar

Enfº Rosemeire S. de Albuquerque – Coord. Curso de Especialização Obstetrícia e Reflexologia Fac. Med. Fund. ABC e UnG



**ANEXO 14 – MANIFESTO DE UMA GUARNIÇÃO DE SOCORRISTAS DO CORPO DE BOMBEIROS SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS CURSOS AUXILIAR E TÉCNICO DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

## **MANIFESTO DE UMA GUARNIÇÃO DE SOCORRISTAS DO CORPO DE BOMBEIROS SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS CURSOS AUXILIAR E TÉCNICO DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Somos bombeiros socorristas com grande bagagem (experiência) no serviço de atendimento pré-hospitalar, fazemos parte da guarnição ASU-67 (Estreito) e todos nós temos formação em cursos Técnicos em Enfermagem e a visão que temos sobre a importância desses cursos na nossa vida profissional, que dentre muitas vantagens citamos as seguintes:

1°. São de extrema necessidade para quem é socorrista, principalmente para os que exercem a função;

2°. É de grande importância para a própria corporação (sendo que tem setores da corporação que ainda não se aperceberam disso);

3°. O serviço sem sombra de dúvidas fica mais fácil de ser executado;

4°. O entrosamento de bombeiros socorristas, médicos e corpo de enfermagem nos hospitais fica bem mais completo e amigável;

5°. Por último, que sai realmente ganhando com essa qualificação a mais é o próprio cliente que vê em sua frente um profissional bem mais qualificado e preparado.

Hoje, após os conhecimentos adquiridos nos cursos de auxiliar e técnico de enfermagem fizeram com que a visão do bombeiro socorrista que antes era turva ou conturbada ficasse totalmente clara.

Em nenhum momento podemos deixar de citar a importância do curso de socorrista que é de extrema importância para nós bombeiros profissionais e do apoio prestado tanto pela corporação, como também pelos órgãos governamentais que financiam esses tipos de cursos técnicos profissionais.

Não deixamos de registrar aqui também o enorme e valioso apoio prestado pela Enfermeira VANUSA CORRÊA MULLER que além de oferecer seus préstimos como docente a todas as turmas de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem realizadas nas dependências do 1° BBM/SC. É através dessa profissional de

extrema competência técnica e profissional é que acreditamos ser a peça fundamental para o sucesso da nossa formação Bombeiro Socorrista / Enfermeiro.



## ANEXO 15 – EQUIPAMENTO ASU – 67

## EQUIPAMENTO ASU – 67

Os Auto Socorro de Urgência ao nível de Suporte Básico da Vida contém os seguintes equipamentos: maca rígida de madeira (adulto e infantil) com tirante tipo aranha e fixador de cabeça, maca telescópica articulável, armários com gavetas onde são armazenados materiais de consumo e permanentes tais como: material de limpeza e desinfecção, kit descartável para partos, caixas de luvas, lençóis, cobertor, bolsa de materiais/equipamentos utilizados no local da ocorrência contendo: gazes e chumaços estéreis, soro fisiológico, luvas descartáveis, bandagem triangular, sondas de aspiração, esfigmomanômetro adulto e infantil, estetoscópio adulto e infantil, lanterna para dilatação de pupilas, esparadrapos, ataduras de crepom, tesouras ponta romba, material de curativo, talas rígidas tipo alfa-gesso entre outros; outros equipamentos como: tala de tração de fêmur adulto e infantil (TTF), oxímetro de pulso, colete de imobilização dorso-lombar (KED), conjunto de colar cervical, conjunto de cânulas de Guedel ou Bermann, equipamento de oxigênio/aspiração portátil e fixo, conjunto reanimador manual para adulto, criança e neonato (ambu), material para queimadura, talas rígidas, ficha de APH e de entrega de vítimas e pertences.

## ANEXO 16 – CÓDIGOS DA RADIOCOMUNICAÇÃO



## **CÓDIGOS DA RADIOCOMUNICAÇÃO USO DE CÓDIGOS E EXPRESSÕES CONVENCIONAIS**

### **Código Internacional “Q”**

O código civil internacional “Q”, foi aprovado em 21 de Dezembro de 1959 em Genebra, na convenção internacional de telecomunicações, da qual o Brasil é país signatário.

Trata-se de um recurso que visa simplificar e dar maior rapidez às comunicações, pela substituição das palavras, frases ou informações, por um conjunto de três letras e as combinações empregadas, começa, pela letra “Q”.

Os códigos “Q” mais utilizados no CB e PMSC, adaptados exclusivamente para estes serviços, são:

QSO – contato telefônico

QSX – contato entre duas estações

QTA – última forma na ordem dada

QTC – mensagem

QTH – qual a sua localização?

QTR – hora exata

QAP – na escuta?

QRK – como está chegando a mensagem?

QRM – mensagem com interferência

QRV – pronto para receber a mensagem

QSL – mensagem entendida.

Obs: utiliza-se comumente o código TKS que significa “obrigado”.

## Alfabeto fonético internacional:

|             |              |             |
|-------------|--------------|-------------|
| A – ALFA    | J – JULIET   | S - SIERRA  |
| B – BRAVO   | K – KILO     | T - TANGO   |
| C – CHARLIE | L – LIMA     | U - UNIFORM |
| D – DELTA   | M – MIKE     | V - VICTOR  |
| E – ECHO    | N – NOVEMBER | W - WHISKEY |
| F – FOXTROT | O – OSCAR    | X - XRAY    |
| G – GOLF    | P – PAPA     | Y - YANKEE  |
| H – HOTEL   | Q – QUEBEC   | Z - ZULU    |
| I – INDIA   | R - ROMEO    |             |

## Algarismo Fonético:

|          |            |          |
|----------|------------|----------|
| 0 – ZERO | 3 – TRÊS   | 6 - MEIA |
| 1 – UNO  | 4 – QUATRO | 7 - SETE |
| 2 – DOIS | 5 – CINCO  | 8 – OITO |
|          |            | 9 – NOVE |

## Expressões convencionais de serviço:

AGUARDE  
 CONCEDIDO  
 CONTATO  
 PROSSIGA  
 ENTENDIDO  
 NEGATIVO  
 POSITIVO  
 RETIFICAÇÃO

REPETIR

PRIORIDADE

TRANSMITA A MENSAGEM

VOU SOLETRAR

Códigos “J”, adaptado à PMSC/CB.

J3 – SUBSTITUIÇÃO DA GUARNIÇÃO

J4 – REFEIÇÃO

J5 – ABASTECIMENTO DA VTR

J6 – LIMPEZA DE VTR

J7 – BAIXA DE VTR

J8 – NECESSIDADES FISIOLÓGICAS

J9 – DESLOCAMENTO DA BASE

J10 – NO LOCAL DA OCORRÊNCIA

J11 – RETORNO À BASE

J12 – NA BASE



**ANEXO 17 – DECLARAÇÃO DO CURSO DE CLÍNICA E TERAPÊUTICA MÉDICA  
DE URGÊNCIA PARA CIRURGIÕES DENTISTAS**



# DECLARAMOS

Para os devidos fins que **DANTON CARLOS DE CARVALHO JÚNIOR**, participou no **"CURSO DE CLÍNICA E TERAPÊUTICA MÉDICA DE URGÊNCIA PARA CIRURGIÕES DENTISTAS"** como **INSTRUTOR**, realizado em Florianópolis no período de 13/03/02 a 03/07/02, com duração de 60 horas/aula

Florianópolis, 10 de julho de 2002.

Assinatura manuscrita de Prof. Wilson Pacheco, Dr. Coordenador do Curso.

Prof. Wilson Pacheco, Dr.  
Coordenador do Curso

ANEXO 18 – DECLARAÇÃO DO II – SEPEX (SEMANA DE PESQUISA E  
EXTENSÃO DA UFSC)





# DECLARAMOS

Para os devidos fins que, DANTON CARLOS DE CARVALHO JÚNIOR, participou na "II SEPEX - SEMANA DE PESQUISA E EXTENSÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA", como MONITOR do stand do NAT/UFSC – Núcleo Multidisciplinar de Estudos de Acidente de Tráfego, nas atividades de ORIENTAÇÃO e TREINAMENTO em "Atendimento Pré-Hospitalar", realizado em Florianópolis no período de 11 a 14 de junho de 2002, totalizando 30 horas.

Florianópolis, 20 de julho de 2002.

Prof. Wilson Pacheco, Dr.  
Diretor Técnico e de Ensino –  
NAT/UFSC

ANEXO 19 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO DA V JORNADA DE  
ENFERMAGEM DO HPS

# V JORNADA DE ENFERMAGEM DO HPS

## "O Trauma da Dor nas Emergências"

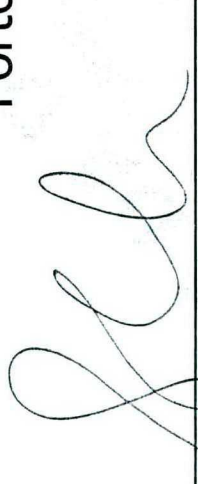
### Certificado

Certificamos que Danton Carlos de Carvalho Junior

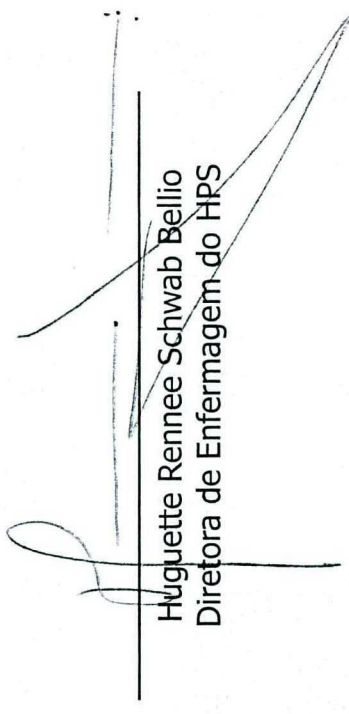
participou da "V JORNADA DE ENFERMAGEM DO HPS", na  
qualidade de Participante

realizada nos dias 07, 08 e 09 de agosto de 2002, no auditório do  
SENAC, Porto Alegre, RS.

Porto Alegre, 09 de Agosto de 2002.



Susane Saraiva da Cunha  
Presidente da Comissão Organizadora



Hugette Rennee Schwab Bellio  
Diretora de Enfermagem do HPS



**ANEXO 20 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO DO CURSO PRÉ – JORNADA  
“TREINAMENTO EM PUNÇÃO VENOSA”**



# V JORNADA DE ENFERMAGEM DO HPS

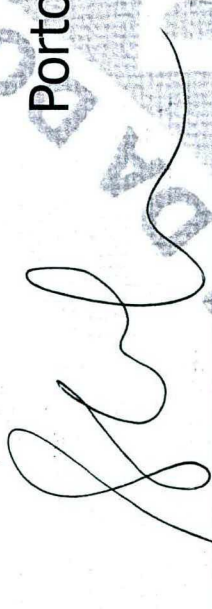
## "O Trauma da Dor nas Emergências"

### Certificado

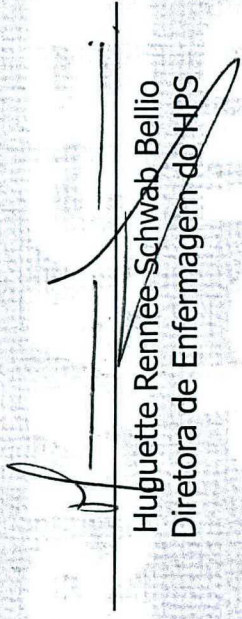
Certificamos que Danton Carlos de Carvalho Junior  
participou do Curso de Pré-Jornada "Treinamento em Punção  
Venosa", na qualidade de

Participante realizado no dia 07 de  
agosto de 2002, com total de 4 horas/aula, no auditório do SENAC,  
Porto Alegre, RS.

Porto Alegre, 07 de Agosto de 2002.



Susaney Saraiva da Cunha  
Presidente da Comissão Organizadora

  
Huguette Rennee-Schwab Bellio  
Diretora de Enfermagem do HPS



## ANEXO 21 – DIRETRIZ DE AÇÃO OPERACIONAL Nº 04/94/CMDO GERAL



**DIRETRIZ DE AÇÃO OPERACIONAL****CLASSIFICAÇÃO: DIRETRIZ DE PROCEDIMENTO ESPECÍFICO****Nº 04/94/CMDO GERAL****ASSUNTO:**

1 - Finalidade:.....

6 – Prescrições Diversas:

**a. Das Proibições:**

É terminantemente proibido aos socorristas e GU de VTRs:

1).....

2) Translado, condução, transferência, transporte de pacientes de hospital para hospital ou de hospital para residência, visto serem tais execuções, atendimento de natureza não emergencial.

**PROCEDÊNCIA: Comando Geral da PMSC.**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
TEL.: (048) 331-9480-FAX.: (048) 231-9787  
e-mail: [nfr@nfr.ufsc.br](mailto:nfr@nfr.ufsc.br)

## **DISCIPLINA: INT 5134 – ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA**

### **Parecer Final sobre o Relatório da Prática Assistencial**

O relatório apresentando por Danton Carlos de Carvalho Junior, consiste num exímio relato acerca de sua experiência junto ao Serviço de Atendimento Pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros de Santa Catarina, na cidade de Florianópolis. O entusiasmo que revelou pelo tema de prática assistencial, foi determinante para registrar no presente texto, o reflexo da dedicação com que realizou suas atividades. Certamente, sua extraordinária vontade em efetivar sua conclusão de curso nessa área, serviu de sustentáculo para superar suas limitações e enfrentar com perseverança os obstáculos com os quais freqüentemente se deparou.

Preocupado em prestar assistência de enfermagem fundamentada num referencial teórico que supere o tradicional modelo biomédico predominante, recorreu à teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta. Por meio dessa teoria, lançou um olhar inédito, até então, na prática assistencial de enfermagem em atendimento pré-hospitalar; observando diversos comportamentos das vítimas - nos momentos de urgência/emergência – que resultam em traumas que extrapolam o âmbito biológico e por isso são relegados pelo tradicional modelo técnico-assistencial. Inquietou-se ainda, com o processo de reabilitação e retorno das vítimas à sociedade, constatando a deficiência e fragmentação dos serviços de assistência à saúde. Uma inquirição que, evidentemente, proporcionou maior reflexão e compreensão da sua prática assistencial de enfermagem em atendimento pré-hospitalar.

Nessa trajetória, através de visitas e participações em jornadas, Danton buscou conhecer outros serviços dessa natureza, estruturados com base em outros modelos de Atendimento Pré-hospitalar. Atividade que serviu para aprofundar seus conhecimentos sobre os diferentes modelos, organização e normatização do atendimento pré-hospitalar no

Brasil e no mundo, bem como a importância desses serviços para a sociedade para dar respostas imediatas às ocorrências decorrentes do aumento da violência, acidentes, doenças cardiovasculares e respiratórias. Experimentou também, um pouquinho da dor e da delícia de ser professor, ministrando aulas de primeiros socorros aos seus colegas de curso e de outros cursos na área.

Do mesmo modo que, em diversos outros trabalhos realizados por alunos de enfermagem da UFSC no atendimento pré-hospitalar, apontou para a lacuna existente no ensino de graduação, no que se refere à formação do graduando nessa área de assistência, alertando ainda para os níveis de prevenção e reabilitação através de um sistema de saúde integrado.

Muitos outros trabalhos foram realizados em atendimento pré-hospitalar. São experiências que tem acumulado conhecimento sobre a área e informações a respeito da trajetória da enfermagem nesses serviços. O trabalho de Danton revela com proficiência, o aperfeiçoamento desses ensaios de propostas assistenciais cada vez mais acuradas. O presente relato, pela riqueza de informações e novidades, traz uma constante contribuição ao estudo em questão.

Pela ousadia e determinação com que desenvolveu suas atividades, Danton deixa um convite àqueles que desejarem desenvolver seu trabalho de conclusão de curso na mesma área. Mostrou que o entusiasmo, a determinação e a responsabilidade, superam a natural inabilidade e insegurança ao iniciar a carreira profissional.

Florianópolis, setembro de 2002



Profª Drª Marta Lenise do Prado  
Orientadora



Enfº Mdo Pedro Paulo Scremin Martins  
Co-orientador/Supervisor